ผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

Effects of Positioning Using the Maneevada Knowledge Program on Duration of Active Labor and Satisfaction with Childbirth of Primiparous

จงสฤษฎ์ มั่นศิล[1] ศิริวรรณ แสงอินทร์[2] พิริยา ศุภศรี[2]

Jongsarit Munsil[1] Siriwan Sangin[2] Piriya Suppasri[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[1]Royal Thai Army Nursing College

[2]Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding author; Email: m.jongsarit@gmail.com

Received: 1 July 2018 **Revised:** 20 October 2018 **Accepted:** 29 October 2018

บทคัดย่อ

การคลอดยาวนานเป็นภาวะวิกฤตที่อาจทำให้ผู้คลอดและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะรอคลอด เพิ่มอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และอาจส่งผลให้ผู้คลอดไม่พึงพอใจต่อการคลอดได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 50 ราย แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ ค่าทีแบบอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 144 นาที และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{48}=-10.77, p=.01 และ t_{48}=12.79, p=.01) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชส่งผลให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดที่สั้นลงและมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด

คำสำคัญ: ศาสตร์มณีเวช; ระยะเวลาปากมดลูดเปิดเร็ว; ความพึงพอใจต่อการคลอด; ผู้คลอดครรภ์แรก

Effects of Positioning Using the Maneevada Knowledge Program on Duration of Active Labor and Satisfaction with Childbirth of Primiparous Women

Jongsarit Munsil[1] Siriwan Sangin[2] Piriya Suppasri[2]

[1]Royal Thai Army Nursing College

[2]Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding author; Email: m.jongsarit@gmail.com

Received: 1 July 2018 **Revised:** 20 October 2018 **Accepted:** 29 October 20181

Abstract

Prolonged labor is a crisis that increase maternal and fetal complications, cesarean section rate and distress during childbirth. This two – group posttest comparative experimental design aimed to determine the effects of positioning by using Maneevada knowledge program on active labor period and childbirth satisfaction of primiparous women. The sample included of 50 primiparous women giving birth at Phramongkutklao hospital. A convenience sampling technique with inclusion criteria was used to recruit the participants. Participants were randomly assigned to either an experimental group (n=25) or a control group (n=25). The experimental group received positioning using the Maneevada knowledge program as well as routine nursing care while the control group received the routine nursing care only. Data were collected using demographic questionnaire and obstetric data recording form and the birth satisfaction scale. Descriptive statistics and independent t-tests were used for data analysis.

The findings showed that the experimental group had significantly shorter active labor period than the control group with a mean of 144 min. and had a higher score on satisfaction with childbirth than that of the control group. ($t48 = -10.77$, $p = 0.01$ and $t48 = 12.79$, $p = 0.01$, respectively). This study confirmed the effectiveness of positioning using the Maneevada knowledge as it shortened the duration of active labor and provided more satisfaction during childbirth. Therefore, hospitals should use this program as a guideline to promote the progress of labor and satisfaction during childbirth.

Keywords: Maneeveda knowledge; duration of active labor; satisfaction for childbirth; primiparous women

ความเป็นมาและความสำคัญ

การคลอดนับเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตของผู้คลอดทุกคน เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การเจ็บครรภ์คลอด การนอนรอคลอดเป็นเวลานาน ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความเครียด หรือความวิตกกังวล[1] โดยเฉพาะผู้คลอด ครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน หากผู้คลอดมีความกลัวและความวิตกกังวลจะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน cortisol ในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานไม่ประสานกัน มีการหดรัดตัวที่ผิดปกติ ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้า และทำให้ระยะที่หนึ่งของการคลอดยาวนาน (prolonged labour)[1]

การคลอดยาวนานนั้นถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอด โดยอุบัติการณ์การคลอดยาวนานมักเกิดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วร้อยละ 25 และเกิดขึ้นในระยะปากมดลูกเปิดช้าร้อยละ 3-4[2] เช่นเดียวกับสถิติการคลอดในเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี พ.ศ. 2558-2560 ที่พบอัตราการคลอดยาวนานถึงร้อยละ 10, 10.8 และ 12.5[3] ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการคลอดยาวนานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การคลอดยาวนานเป็นสาเหตุการตายและเกิดทุพพลภาพต่อมารดาและทารก โดยทำให้มารดาเกิดการติดเชื้อในขณะรอคลอด และมีโอกาสการตกเลือดหลังคลอดได้สูง รวมทั้งเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่วนทารกอาจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการตายปริกำเนิดของทารก[4] หากผู้คลอดมีการคลอดยาวนานและเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้คลอดจะมีการรับรู้ว่าการคลอดเป็นระยะเวลาแห่งความทุกข์ทรมาน และคุกคามสวัสดิภาพของตนเองและทารก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดมีเจตคติทางลบต่อการตั้งครรภ์ และไม่พึงพอใจต่อการคลอด[5] ดังนั้นเพื่อให้ผู้คลอดมีการคลอดดำเนินไปตามปกติและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น จึงควรมีการส่งเสริมให้การคลอดสิ้นสุดในระยะเวลาอันเหมาะสม

การที่การคลอดจะดำเนินไปอย่างปกติขึ้นอยู่กับปัจจัย 5 ประการ ได้แก่ 1) แรงผลักดันในการคลอด 2) ช่องทางคลอด 3) สิ่งที่คลอดออกมา 4) สภาวะจิตใจของผู้คลอด และ 5) ท่าของผู้คลอด (position)[1] โดยเฉพาะท่าศีรษะและลำตัวสูง (upright position) เช่น ท่านั่ง (sitting position) ท่ากึ่งนั่ง (semi-sitting position) ท่านั่งยอง (squatting position) และท่ายืน (standing position) เป็นต้น[6] ทั้งนี้เนื่องจากท่าศีรษะและลำตัวสูงมีผลต่อการหดรัดตัวของมดลูก การหมุนภายในของทารกในครรภ์ การเพิ่มขนาดของช่องเชิงกราน และช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก ซึ่งส่งผลทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง และทำให้ผู้คลอดไม่ต้องเผชิญกับการคลอดยาวนาน[7]

มณีเวชเป็นศาสตร์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดท่า ซึ่งผสมผสานวิชาการแพทย์แผนไทย จีน และอินเดีย[8] โดยมีอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระปราการ เป็นผู้คิดค้นและเผยแพร่ศาสตร์มณีเวช หลักการสำคัญของศาสตร์มณีเวช คือ การจัดท่าเพื่อปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย โดยทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อเรียงตัวกันอย่างเป็นระเบียบ ก่อให้เกิดความสมดุลของระบบต่าง ๆ และส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำงานเป็นปกติ การใช้ท่ามณีเวชในผู้คลอดจะทำให้ร่างกายของผู้คลอดเหมาะสมกับการคลอด ทำให้เชิงกรานมีรูปทรงที่สมดุลไม่บิดเบี้ยว ช่องคลอดและฝีเย็บมีความยืดหยุ่นต่อการคลอด การจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชจะเป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายทั้งช่วงบนและช่วงล่างโดยการปรับสมดุลช่วงบนจะเริ่มตั้งแต่เหนือเอวขึ้นไป จะทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ส่วนการปรับสมดุลช่วงล่างจะเริ่มตั้งแต่ระดับเอวลงมา สะโพก เชิงกรานระยางค์ 2 ข้าง การปรับสมดุลช่วงล่างจะทำโดยการนั่งขัดสมาธิและการทำท่าผีเสื้อ ซึ่งจะทำให้โครงสร้างของเชิงกราน มีรูปทรงที่สมดุล ไม่บิดเบี้ยวและช่วยให้ช่องทางคลอดเหมาะสมในการคลอด[9] นอกจากนี้การจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ขาและเข่าของผู้คลอดจะอยู่ในลักษณะปีก

ผีเสื้อรวมกับการกดเข่าแนบพื้น ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน ซึ่งได้แก่ กล้ามเนื้อ superficial transverse perineal กล้ามเนื้อ ischiocavernosus กล้ามเนื้อ bulbocavernosus กล้ามเนื้อ levator ani และกล้ามเนื้อ gluteus maximus ถูกดึงรั้งให้ยืดขยายออกมาทางด้านข้าง ส่งผลให้แรงต้านต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำลดลง ทำให้การคลอดดำเนินได้ตามปกติและมีระยะเวลาการคลอดสั้นลงนอกจากนี้การจัดท่ามณีเวชยังส่งผลให้กระดูกสันหลังเปลี่ยนจากลักษณะลอร์โดสีส (lordosis) เปลี่ยนเป็นไคโฟสีส (kyphosis) ทำให้กระดูกสันหลังส่วนเอวโค้งมาทางด้านหน้าเป็นรูปตัว C ดังนั้นแนวแกนของมดลูกและแนวแกนทารก (fetal axis) จะอยู่ในแนวเดียวกับช่องเข้าเชิงกราน ทำให้ทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่าย จึงช่วยลดระยะเวลาการคลอดให้สั้นลง[9] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้คลอดที่นั่งท่าผีเสื้อแบบมณีเวชมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาเปิดขยายของปากมดลูกสั้นกว่าผู้คลอดที่อยู่ท่านอนปกติ 9.84 นาทีต่อเซนติเมตร[10] และผู้คลอดที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวช[11] รวมทั้งการใช้ท่ามณีเวช[9] มีผลทำให้ระยะเวลาการคลอดลดลงและความเจ็บปวดน้อยลง

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การจัดท่ามณีเวชเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยลดระยะเวลาการคลอดสั้นลง แต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด และศึกษาเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดท่า โดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะได้รูปแบบการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ดูแลผู้คลอดเพื่อช่วยลดระยะเวลาการคลอดและช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด อันจะส่งผลให้ผู้คลอดผ่านพ้นระยะคลอดไปได้ด้วยดี และเกิดความรักใคร่ผูกพันอันดีระหว่างมารดาทารกและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชกับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชกับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

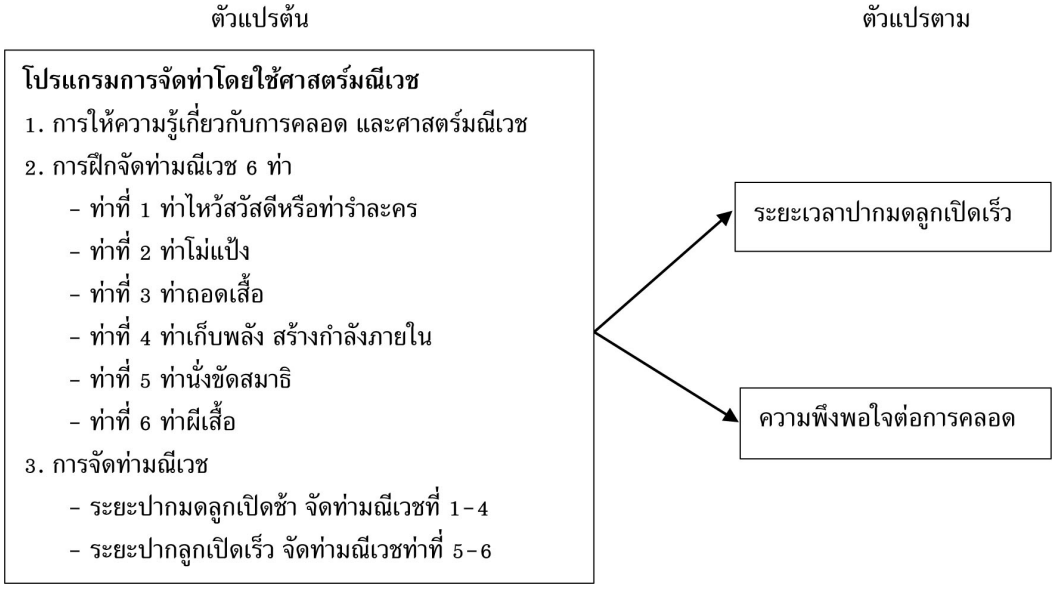
1. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ศาสตร์มณีเวชของอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระปราการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้หลักการจัดท่าเพื่อปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย โดยทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อเรียงตัวกันอย่างเป็นระเบียบ ก่อให้เกิดความสมดุลของระบบต่าง ๆ และส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำงานเป็นปกติ[8] มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและศาสตร์มณีเวช 2) การฝึกการจัดท่ามณีเวช 3) การจัดท่ามณีเวช ซึ่งการจัดท่ามณีเวชจะทำให้เชิงกรานมีรูปทรง

ที่สมดุลไม่บิดเบี้ยว ช่องคลอดและฝีเย็บมีความยืดหยุ่นต่อการคลอด ส่งผลให้ขนาดช่องเชิงกรานกว้างขึ้น และยังทำให้กระดูกสันหลังส่วนเอวโค้งมาทางด้านหน้าเป็นรูปตัว C แนวแกนของมดลูกและแนวแกนทารก (fetal axis) จะอยู่ในแนวเดียวกับช่องเข้าเชิงกราน ทำให้ทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่าย จึงช่วยลดระยะเวลาการคลอดให้สั้นลง[9] เมื่อผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนาน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรอคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และมีความพึงพอใจต่อการคลอด[12]



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง (comparative experimental design)[13] แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (two-group posttest-only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20-34 ปี 2) ส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร 3) อายุครรภ์ 37 ถึง 41 สัปดาห์ 4) เป็นครรภ์เดี่ยว ทารกอยู่ในท่าปกติ มีศีรษะเป็นส่วนนำ 5) ระดับยอดมดลูกไม่เกิน 35 เซนติเมตร 6) ผู้คลอดเข้าสู่ระยะการคลอดโดยธรรมชาติ มีอาการเจ็บครรภ์จริง ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร เมื่อเริ่มต้นทำการศึกษา และ 7) ผู้คลอดตั้งครรภ์ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เช่น ภาวะซีด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรอคลอด เช่น ความดันโลหิตสูง ตกเลือดระยะคลอด และ 2) ทารกมีภาวะแทรกซ้อน เช่น fetal distress, thick meconium stain เป็นต้น

การกำหนดขนาดตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Polit & Beck[14] จากผลการวิจัยของขวัญใจ เพทายประกายเพชร และคณะ[15] ที่ศึกษาผลของการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดท่าศีรษะสูงต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก เพื่อคำนวณหาค่าอิทธพล (effect size) ได้ขนาดอิทธิพลจากการคำนวณ เท่ากับ 1.6 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ = .80[14] ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพล =.80 และกำหนดค่า Alpha=.05, Power=.80 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.10[16] ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 25 ราย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ที่ประยุกต์ขึ้นจากศาสตร์มณีเวชของอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระปราการ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและศาสตร์มณีเวช 2) การฝึกการจัดท่ามณีเวช 6 ท่า และ 3) การจัดท่ามณีเวช

1.2 แผนการสอนเรื่องการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานการคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช และการจัดท่ามณีเวชเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ วันและเวลาที่รับไว้ในการดูแล ประวัติการตั้งครรภ์ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ระดับความสูงยอดมดลูก การเปิดของปากมดลูกแรกรับไว้ในการดูแล ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยา Oxytocin การได้รับยาบรรเทาปวด ชนิดของการคลอด apgar score น้ำหนักทารก และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด ใช้แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด (The Birth Satisfaction Scale) ของ Hollins-Martin and Fleming (2011)[17] ที่ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back translation technique) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพการดูแลผู้คลอด (8 ข้อ) ด้านคุณลักษณะผู้คลอด (8 ข้อ) และด้านประสบการณ์ความเครียดระหว่างการคลอด (14 ข้อ) แบบวัดนี้เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ค่อนข้างเห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1คะแนน) คะแนนรวม 30-150 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกมีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย

3. เอกสารกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกช่วงเวลาการจัดท่ามณีเวช ซึ่งประกอบด้วย ช่วงเวลาที่ผู้คลอดจัดท่ามณีเวชท่าที่ 5-6 และท่าอื่น ๆ รวมทั้งความก้าวหน้าของการคลอด

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์ณีเวช แผนการสอนเรื่องการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช และแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน

ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชและแผนการสอนมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ส่วนแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอดผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอดไปทดลองใช้ (try out) กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 04-10-2560 และจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก เลขที่ 153/2561 และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองการพยาบาล และหัวหน้าแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ในส่วนของผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในช่วงเช้าของแต่ละวัน ผู้วิจัยสอบถามความสนใจของผู้คลอดที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้แก่ผู้คลอด รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หากผู้คลอดสนใจผู้วิจัยจะให้ผู้คลอดเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (simple computerized randomization) ซึ่งผู้วิจัยทำไว้ล่วงหน้า และให้ผู้อื่นช่วยนำผลการสุ่มใส่ซองปิดผนึกโดยที่ผู้วิจัยไม่ทราบผลในแต่ละซอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเปิดซองปิดผนึกตามลำดับที่ของการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อจะได้ทราบว่าอยู่กลุ่มใด หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

3. การให้สิ่งทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว

3.1 โปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช

3.1.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการคลอดและศาสตร์มณีเวช โดยประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ระยะต่าง ๆ ของ การคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอด แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แนวคิดและหลักการมณีเวช จากนั้นผู้คลอดฝึกการจัดท่ามณีเวชทั้ง 6 ท่า และผู้วิจัยดูแลให้ผู้คลอดจัดท่ามณีเวช ท่าที่ 1-4 (ท่าละ 5 ครั้ง) ซึ่งผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าได้ตามที่ผู้คลอดต้องการ เช่น ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ได้ตลอดเวลา

3.1.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ผู้วิจัยให้ผู้คลอดจัดท่ามณีเวช ท่าที่ 5-6 (ท่านั่งขัดสมาธิและท่าผีเสื้อ) โดยจัดท่านานอย่างน้อย 15 นาที หลังจากนั้นผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าได้ตามที่ต้องการ โดยจัดท่าเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด

3.2 การพยาบาลตามปกติ

3.2.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เมื่อผู้คลอดได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้คลอดจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้คลอดจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตัว แนวทางการรักษา และสอบถามข้อสงสัยเมื่อเข้ารับการรักษา ผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าตามที่ผู้คลอดต้องการ เช่น ท่านอนตะแคง ท่านอนหงาย ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา

3.2.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบาง 100 % ผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าตามที่ผู้คลอดต้องการได้ เช่น ท่านอนตะแคง ท่านอนหงาย ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา จากนั้นสังเกตและบันทึกท่าของผู้คลอดในขณะรอคลอดและระยะเวลาของระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว

4. การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม หลังคลอดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว และผู้ช่วยวิจัยให้ผู้คลอดตอบแบบวัดประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดด้วยตนเองภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด โดยใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test และ Independent t-test

3. เปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อายุครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับความสูงยอดมดลูก การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับ การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยา Oxytocin การได้รับยาบรรเทาปวด ชนิดของการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนนแอพการ์นาทีที่ 1 คะแนนแอพการ์นาทีที่ 5 คล้ายคลึงกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact test และ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t, χ^2 or Fisher's exact test	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)	M = 25.40, SD = 4.01		M = 26.48, SD = 3.43		t = -.193	.84
20-25	13	52.00	13	52.00		
26-30	9	36.00	8	32.00		
31-34	3	12.00	4	16.00		
สถานภาพสมรส					Fisher's exact test	1.00
คู่	24	96.00	24	96.00		
หย่าร้าง	1	4.00	1	4.00		
ศาสนา					Fisher's exact test	1.00
พุทธ	25	100.0	24	96.00		
อิสลาม	0	0	1	4.00		
ระดับการศึกษา					χ^2 = 1.25	.74
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.00	1	4.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	28.00	4	16.00		
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	8	32.00	8	32.00		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	36.00	12	48.00		
อาชีพ					χ^2 = 1.88	.76
แม่บ้าน	3	12.00	4	16.00		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	8.00	1	4.00		
รับจ้าง	11	44.00	10	40.00		
พนักงานบริษัท	5	20.00	8	32.00		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	16.00	2	8.00		
รายได้ของครอบครัว/เดือน (บาท)					χ^2 = 1.47	.68
10,001 – 15,000	2	8.00	1	4.00		
15,001 – 20,000	7	28.00	6	24.00		
20,001 – 30,000	9	36.00	13	52.00		
มากกว่า 30,000	7	28.00	5	20.00		
อายุครรภ์	M = 38.24, SD = .88		M = 38.00, SD = .91		t = -.92	.37
37-38 สัปดาห์	16	64.00	13	52.00		
39-40 สัปดาห์	9	36.00	8	32.00		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t, χ^2 or Fisher's exact test	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์	M = 20.18, SD = 1.40		M = 21.20, SD = 1.60		t = -.56	.58
น้อยกว่า 18.5 **kg/m^2**	4	16.00	3	12.00		
18.50-22.99 **kg/m^2**	17	68.00	18	72.00		
23.00-24.99 **kg/m^2**	4	16.00	4	4.00		
ระดับความสูงยอดมดลูก	M = 34.84, SD = .37		M = 34.76, SD = .44		t = .69	.49
34 cm.	4	16.00	6	24.00		
35 cm.	21	84.00	19	76.00		
ปากมดลูกเมื่อแรกรับ	M = 2.96, SD = .68		M = 2.84, SD = .62		t = .65	.52
2 cm.	6	24.00	7	28.00		
3 cm.	14	56.00	15	60.00		
4 cm.	5	20.00	3	12.00		
การแตกของถุงน้ำคร่ำ					Fisher's exact test	.42
แตกเอง	2	8.00	5	20.00		
การเจาะถุงน้ำคร่ำ	23	92.00	20	80.00		
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาน้ำเดิน	348.20 นาที		374.00 นาที		t =-1.95	.51
การได้รับยา Oxytocin						
ไม่ได้รับ	25	100.0	25	100.0		
ได้รับ	0	0	0	0		
การได้รับยาบรรเทาปวด						
ไม่ได้รับ	25	100.0	25	10.00		
ได้รับ	0	0	0	0		
ชนิดของการคลอด						
คลอดปกติ	25	100.0	25	100.0		
คลอดผิดปกติ	0	0	0	0		
น้ำหนักทารกแรกเกิด	M = 2879.20		M = 2942.80		t =-1.03	.31
	SD = 177.60		SD = 203.07			
2,500 – 3,000 กรัม	20	80.00	16	64.00		
มากกว่า 3,000 กรัม	5	20.00	9	36.00		
	Min- Max = 2540-3200		Min-Max = 2500-3300			
คะแนนแอพการ์นาทีที่ 1					χ^2 =1.52	.47
8 คะแนน	15	60.00	12	48.00		
9 คะแนน	10	40.00	12	48.00		
10 คะแนน	-	-	1	4.00		
คะแนนแอพการ์นาทีที่ 5					Fisher's exact test	1.00
9 คะแนน	22	88.00	22	88.00		
10 คะแนน	3	12.00	3	12.00		

2. ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว เท่ากับ 226.40 นาที (SD=47.14) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว เท่ากับ 370.40 นาที (SD=47.43) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t_{48}=-10.77, p=.01) โดยสั้นกว่า 144 นาที หรือ 2 ชั่วโมง 24 นาที ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของการจัดท่ามณีเวช เท่ากับ 55.32 นาที

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลอง (n= 25) และกลุ่มควบคุม (n= 25) ด้วยสถิติ Independent t-test

กลุ่ม	n	Min	Max	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	25	120	310	226.40	47.14	-144.00	-10.77	48	.01
กลุ่มควบคุม	25	240	435	370.40	47.43				

3. ความพึงพอใจต่อการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด เท่ากับ 127.16 คะแนน (SD=4.80) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด เท่ากับ 103.44 คะแนน (SD=7.93) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t48=12.79, p=.01) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	Min	Max	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	25	117	136	127.16	4.80	23.72	12.79	48	.01
กลุ่มควบคุม	25	89	118	103.44	7.93				

การอภิปรายผล

1. ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชท่าที่ 1-4 เป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงบน (ตาชั่งบน) ตั้งแต่เหนือเอวขึ้นไป ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ส่วนท่าที่ 5-6 เป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงล่าง (ตาชั่งล่าง) ตั้งแต่ระดับเอวลงมาสะโพก เชิงกราน และรยางค์ทั้ง 2 ข้าง สำหรับท่านั่งขัดสมาธิและท่าผีเสื้อเป็นการจัดสมดุลโครงสร้างของเชิงกรานให้มีรูปทรงที่สมดุล ไม่บิดเบี้ยว และช่วยให้ช่องทางคลอดเหมาะสมในการคลอด[9] ท่ามณีเวชเป็นการจัดท่าในลักษณะลำตัวและศีรษะสูง ฝ่าเท้าประกบกัน และดึงส้นเท้าชิดฝีเย็บให้มากเท่าที่จะทำได้ และเมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูกผู้คลอดจะโน้มตัวไปข้างหน้า 45 องศากับแนวดิ่ง พร้อมกับใช้มือกดเข่าทั้งสองข้างให้แนบพื้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งท่านี้ส่งผลให้กระดูกสันหลังเปลี่ยนจากลักษณะลอร์โดสีส (lordosis) เปลี่ยนเป็นไคโฟสีส (kyphosis) ทำให้กระดูกสันหลังส่วนเอวโค้งมาทางด้านหน้าเป็นรูปตัว C ดังนั้นแนวแกนของมดลูกและแนวแกนทารก (fetal axis) จะอยู่ในแนวเดียวกับช่องเข้าเชิงกราน ทำให้ทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่าย จึงช่วยลดระยะเวลาการคลอดให้สั้นลง[9]

นอกจากนี้การจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ขาและเข่าของผู้คลอดจะอยู่ในลักษณะปีกผีเสื้อรวมกับการกดเข่าแนบพื้น ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน ซึ่งได้แก่ กล้ามเนื้อ superficial transverse perineal กล้ามเนื้อ ischiocavernosus กล้ามเนื้อ bulbocavernosus กล้ามเนื้อ levator ani และกล้ามเนื้อ gluteus maximus ถูกดึงรั้งให้ยืดขยายออกมาทางด้านข้าง ส่งผลให้แรงต้านต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำลดลง ทำให้การคลอดดำเนินได้ตามปกติ และมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง[18] การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก ที่พบว่า การจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ทำให้ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นลง[19] และการศึกษาผลของการนั่งท่าผีเสื้อต่อการเปิดปากมดลูกในระยะรอคลอด ที่พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลาเปิดของปากมดลูกสั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] รวมทั้งการศึกษาผลของการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในผู้คลอด ที่พบว่า สามารถลดระยะเวลาการคลอดของระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้[11] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อระยะเวลาคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ที่พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม[9]

2. ความพึงพอใจต่อการคลอด ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอด แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช การฝึกการจัดท่ามณีเวช และการจัดท่ามณีเวช กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้คลอดรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้คลอดต้องเผชิญในขณะรอคลอด ทำให้ผู้คลอดเข้าใจถึงกระบวนการการคลอด และกิจกรรมทางการพยาบาลที่ต้องได้รับในขณะนอน รอคลอด นอกจากนี้การจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชยังทำให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง เมื่อผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนานและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรอคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและพึงพอใจต่อการคลอด[12] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปรับเปลี่ยนท่าทางหรือการจัดท่าผู้คลอด นอกจากจะเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ทำให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ยังทำให้ผู้คลอดรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในด้านบวก และเมื่อผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีก็จะส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น[20]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชส่งผลให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลงและมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้พยาบาลแผนกห้องคลอดนำโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องคลอดควรนำโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกขณะรอคลอด เพื่อลดระยะเวลาการคลอด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอด

3. ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาลสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชไปสอนนักศึกษาพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดขณะฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชในกลุ่มผู้คลอดกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป เช่น ผู้คลอดที่มีแนวโน้มการคลอดล่าช้า มารดาตั้งครรภ์อายุมาก เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความมั่นใจในการคลอด ความสุขสบายในระยะคลอด เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่โดใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ randomize control trial

4. ควรมีการวัดความพึงพอใจต่อกระบวนการทำมณีเวช และความพึงพอใจต่อท่ามณีเวชในแต่ละท่า ในการศึกษาครั้งต่อไป

References

1. Phumdoung S. Obstetrics for intrapartum. 2rd ed. Songkla: K copy; 2013. (in Thai).
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD, Williams Obstetrics. 21st ed. Singapore: McGraw-Hill; 2001.
3. Labor and delivery room. Birth statistics of Phramongkutklao Hospital. Bangkok: Phramongkutklao Hospital; 2015-2018. (in Thai)
4. Baker K. Midwives should support women to mobilize during labour. British Journal of Midwifery 2010;18(8):492-97.
5. Redshaw M, Akker OV. Understanding factors which can influence the experience of pregnancy and childbirth. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2008;39(2):71-3.
6. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. The Cochrane Collaboration 2013; 10.
7. Phumdoung S. Model of care for women during labor Songkla. Med J 2006;24(1):59-63. (in Thai).

8. Watcharasin K. Amatomy and guideline of maneeveda practice. Journal of Maneeveda 2008;1(1):85-92. (in Thai).
9. Uthairat P, Chejeaw A. The effect of Maneveda practice on labour pain coping and labour time of primigravidarum at Suratthani Hospital. Reg 11 Med J 2018;32(1):791-804. (in Thai).
10. Wongmuneeworn W. Efficacy of butterfly sitting position on cervical dilatation in first stage of labor. 12th RMJ 2015;26(2):51-54. (in Thai).
11. Chejeaw A, Uthairat P. Development of Maneeveda-Integrated-Care in primigravida at Suratthani Hospital. Reg 11 Med J 2017;31(2):325-37. (in Thai).
12. Ahmar EA, Tarraf S. Assessment of the socio-demographic factors associated with the satisfaction related to the childbirth experience. open Journal of Obstetrics and Gynecology 2014;4(10):585-611.
13. Thato R. Nursing research: concept ta application. 2rded. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2012.
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 7thed. Philadelphia: Wolters Klower/Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
15. Pataipakaipet K, Yusamran C, Phahuwatanakorn W. Effects of breathing exercise with upright positioning on labor pain and duration of labor in primiparous parturients. Journal of Phrapokklao Nursing College 2015;26(2):52-62. (in Thai).
16. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavioral Research Method 2007;39(2):175-191.
17. Hollins-Martin C, Fleming V. The birth satisfaction scale. International Journal of Health Care Quality Assurance 2011;24(2):124-35.
18. Kongkanoi K, Sirikun S. Yoka for pregnant. Bangkok: EN design company; 2012. (in Thai)
19. Duangmani K, Somsap Y, Ingkathawornwong T, Kala S. Effects of Modified Bhadrasana Pose on Labor Pain and Duration of Active Phase in Parturient. Princess of Naradhiwas University journal 2017;9(1):35-49. (in Thai).
21. Abushaikha LA. Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. Journal of Transcultural Nursing 2007;18(1):35-40.