

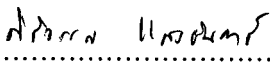
ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มีนเวศต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจ
ต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

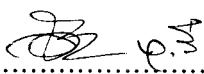
ร้อยเอกหญิง จงศฤงษ์ มั่นคิด

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ธันวาคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

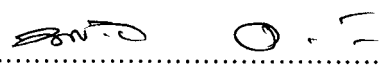
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ร้อยเอกหญิง จงสถัญญ์ มั่นคิด ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

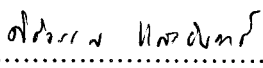
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

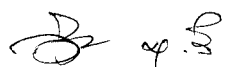

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

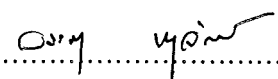

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์พิริยา สุกศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิตกุล)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พิริยา สุกศรี)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณ ปาหุวัฒน์กร)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รองศาสตราจารย์พริษา ศุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และกรรมการทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำและปรับแก้ ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ รวมทั้งเจ้าของเครื่องมือวิจัย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำแบบสอบถามมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พยาบาลวิชาชีพ ผู้คลอดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุชิน คุณแม่ศิริรัตน์ มั่นศีล น้องสาว เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโททุกท่าน ที่ให้กำลังใจ และการสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ร้อยเอกหญิงจงสฤษดิ์ มั่นศีล

58920243: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: การจัดทำ/ ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว/ ความพึงพอใจต่อการคลอด/ ผู้คลอดครรภ์แรก/
ศาสตร์มณีเวช

จงสฤษฏ์ มั่นคิด: ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก (EFFECTS OF POSITIONING BY MANEEVADA KNOWLEDRE PROGRAM ON DURATION OF ACTIVE LABOR AND SATISFACTION WITH CHILDBIRTH AMONG PRIMIPAROUS PARTURIENTS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ศิริวรรณ แสงอินทร์, Ph.D., พริยา สุภศิริ, วท.ม., 87 หน้า.
ปี พ.ศ. 2561.

การคลอดยาวนานอาจทำให้ผู้คลอดและทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะรอคลอด อาจต้องผ่าตัดคลอด และอาจทำให้ผู้คลอดไม่พึงพอใจต่อการคลอดได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าแบบสะดวกจำนวน 50 ราย สุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่า ($t_{48} = -10.77, p = .01$) และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่า ($t_{48} = 12.79, p = .01$) ผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาเสนอแนะว่าพยาบาลห้องคลอดจึงควรรนำโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและสร้างความพึงพอใจต่อการคลอด

58920243: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORD: POSITION/ DURATION OF ACTIVE LABOR/ SATISFACTION WITH
CHILDBIRTH/ PRIMIPAROUS PARTURIENTS/ MANEEVEDA KNOWLEDGE
JONGSARIT MUNSIL: EFFECTS OF POSITIONING BY MANEEVEDA
KNOWLEDRE PROGRAM ON DURATION OF ACTIVE LABOR AND SATISFACTION
WITH CHILDBIRTH AMONG PRIMIPAROUS PARTURIENTS. ADVISORY COMMITTEE:
SIRIWAN SANGIN, Ph.D., PIRIYA SUPPASRI, M.Sc., 87 P., 2018.

Prolonged labor may increase risk to maternal and fetal health. Mothers might have to give birth by caesarean section. Also, they might be dissatisfied with childbirth experience. This quasi-experimental study with the design of two-group posttest only design aimed to determine effects of positioning by maneevada knowledge program on duration of active labor and satisfaction with childbirth among primiparous parturients. Participants included 50 primiparous women who met study inclusion criteria and gave birth at Phramongkutklo hospital. They were selected by convenience sampling, then they were randomly assigned to either experimental group ($n = 25$) or control group ($n = 25$). Control group received routine care while experimental group received both routine care and positioning by maneevada knowledge program. Data were collected by structured interview of demographics, record form of obstetric data, and scale of childbirth satisfaction. Data were analysed by descriptive statistics and independent t -test.

Results revealed that experimental group had lower mean score of active labor duration ($t_{48} = -10.77, p = .01$) and had higher mean score of childbirth satisfaction for childbirth ($t_{48} = 12.79, p = .01$) those of control group significantly.

Findings suggest that nurses working in labor room would apply this positioning by maneevada knowledge program to care for parturients. It may promote their labor progress leading them to have childbirth satisfaction.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
การคลอด.....	7
ความพึงพอใจต่อการคลอด	13
ศาสตร์มณีเวช	18
โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช	28
ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว.....	29
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	32
รูปแบบการวิจัย.....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
สถานที่ศึกษา	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	38
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
4 ผลการวิจัย.....	43
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
5 สรุปและอภิปรายผล.....	51
สรุปผลการวิจัย.....	51
การอภิปรายผล.....	52
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	54
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	55
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	64
ภาคผนวก ก.....	65
ภาคผนวก ข.....	72
ภาคผนวก ค.....	76
ภาคผนวก ง.....	85
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	87

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	44
2	ข้อมูลการตั้งครุภัณฑ์และการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	46
3	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะยาวปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	49
4	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	50

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	การเปิดขยายของปากมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด.....	9
3	ตาซึ่งหมุน 2 ชั้นมีชีวิตมีการคั่งรังสีต่อกันอย่างสลับซับซ้อน	19
4	ท่าที่ 1 ท่าไหว้สวัสดีหรือท่ารำละคร.....	23
5	ท่าที่ 2 ท่าโม้แป้ง.....	24
6	ท่าที่ 3 ท่าถอดเสื้อ	25
7	ท่าที่ 4 ท่าเก็บพลัง สร้างกำลังภายใน	26
8	ท่าที่ 5 ท่านั่งขัดสมาธิ.....	27
9	ท่าที่ 6 ท่าผีเสื้อ.....	28
10	รูปแบบการวิจัย.....	32
11	การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	35
12	ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	41

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดนับเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตของผู้คลอดทุกคน โดยเหตุการณ์ในระหว่างการคลอดนั้นจะเป็นความทรงจำและประสบการณ์ของผู้คลอด ซึ่งความทรงจำและประสบการณ์ของผู้คลอดจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ (Nichols & Gennaro, 2000) นอกจากนี้ผู้คลอดยังต้องเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การนอนรอคลอดเป็นเวลานาน การเจ็บปวดขณะรอคลอด การเจาะถุงน้ำคร่ำ ซึ่งผู้คลอดแต่ละคนจะมีการรับรู้และตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ระหว่างการคลอดแตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน อีกทั้งเมื่อผู้คลอดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องถูกแยกจากครอบครัวมาอยู่ตามลำพังท่ามกลางบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่รู้จัก นอกจากนี้ผู้คลอดครรภ์แรกยังไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดและไม่เข้าใจกระบวนการคลอด และกิจกรรมพยาบาลที่ได้รับ เช่น การตรวจทางช่องคลอดเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การพูดคุยของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยศัพท์ทางวิชาการ รวมถึงสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคยสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล (ศศิธร พุ่มดวง, 2556) นอกจากนี้ในขณะที่นอนรอคลอด ผู้คลอดยังกลัวเสียชีวิตจากการคลอด กลัวทารกในครรภ์จะเป็นอันตราย กลัวว่าตนเองและทารกในครรภ์จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลัวการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Walsh, 2001) หากผู้คลอดมีความกลัวและความวิตกกังวลจะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน Cortisol ในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว หดปกติ ทำงานไม่ประสานกัน ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้า และส่งผลให้ระยะที่หนึ่งของการคลอดยาวนานได้ (Lederman, 1979)

การคลอดยาวนาน (Prolong labor) นั้นถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นระหว่างการคลอด โดยอุบัติการณ์การคลอดยาวนานมักเกิดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วร้อยละ 25 และเกิดขึ้นในระยะปากมดลูกเปิดช้าร้อยละ 3-4 (Cunningham et al., 2001) เช่นเดียวกับสถิติการคลอดในเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี พ.ศ. 2558-2560 ที่พบอัตราการคลอดยาวนานถึงร้อยละ 10, 10.8 และ 12.5 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการคลอดยาวนานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ การคลอดยาวนานเป็นสาเหตุการตายและเกิดทุพพลภาพต่อมารดาและทารก โดยทำให้มารดาเกิดการติดเชื้อ ในขณะที่รอคลอด และมีโอกาสการตกเลือดหลังคลอดได้สูง รวมทั้งเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่วนทารกอาจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการตายปริกำเนิด

ของทารก (Baker, 2010) นอกจากนี้การคลอดยาวนานยังส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างมารดาและทารก และกลัวการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Lowe, 2002) ถ้าผู้คลอดมีการรับรู้ว่าการคลอดเป็นระยะเวลาแห่งความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตของตัวผู้คลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในทางลบ และไม่พึงพอใจต่อการคลอด (Redshaw & Akker, 2008) แต่ถ้าผู้คลอดมีการรับรู้และให้ความหมายของการคลอดไปในทางที่ดี สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในระหว่างการคลอด และควบคุมตนเองระหว่างการคลอดได้ จะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่ผู้คลอดต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในระยะคลอด ซึ่งก่อให้เกิดความกลัวและความเครียด อันจะส่งผลต่อการหดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดการคลอดยาวนาน ซึ่งจะทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี และส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการคลอดได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้คลอดมีการคลอดดำเนินไปตามปกติและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น จึงควรมีการส่งเสริมให้การคลอดสิ้นสุดในระยะเวลาอันเหมาะสม

การที่การคลอดจะดำเนินไปอย่างปกติและคลอดในเวลาอันเหมาะสม ขึ้นอยู่กับปัจจัย 5 ประการ (Olds, London, & Ladewig, 2000) ได้แก่ 1) แรงผลักดันในการคลอด (Power) 2) ช่องทางคลอด (Passage) 3) สิ่งที่เกิดออกมาก (Passenger) 4) ท่าของผู้คลอด (Position) และ 5) สภาพจิตใจของผู้คลอด (Psychological response) หากมีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งผิดปกติจะทำให้เกิดการคลอดยาวนานได้ (ธีระ ทองสง, 2555) การจัดทำของผู้คลอดเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้คลอดไม่ต้องเผชิญกับการคลอดยาวนาน ส่งผลทำให้ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง โดยเฉพาะท่าศีรษะและลำตัวสูง (Upright position) เช่น ท่านั่ง (Sitting position) ท่ากึ่งนั่ง (Semi-sitting position) ท่านั่งยอง (Squatting position) ท่าคุกเข่า (Kneeling position) และทำยืน (Standing position) (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013) ทั้งนี้เนื่องจากท่าศีรษะและลำตัวสูงมีผลต่อการหดตัวของมดลูก การหมุนภายในของทารกในครรภ์ การเพิ่มขนาดของช่องเชิงกราน และช่วยส่งเสริมการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารก ซึ่งส่งผลทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง และทำให้ผู้คลอดไม่ต้องเผชิญกับการคลอดยาวนาน (ศศิธร พุ่มดวง, 2556) ดังเห็นได้จากหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ Lawrence et al. (2013) ที่พบว่า ผู้คลอดที่มีการเคลื่อนไหวและอยู่ในท่าศีรษะสูง มีเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่นอนราบ และการศึกษาของ สุขุมมาลย์ สอนเฒ่า และมณีนรัตน์ ภัทรจินดา (2556) ที่ศึกษาผลของการจัดทำศีรษะสูง โดยการโน้มตัวไปด้านหน้าโอบกอดลูกบอลสลับท่ากึ่งนั่ง 45 องศาต่อระยะเวลาการคลอดในระยะ

ปากมดลูกเปิดเร็ว ที่พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่า ผู้คลอดกลุ่มควบคุม 95.64 นาที รวมทั้งการศึกษาของ ศศิธร พุ่มดวง (2556) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้ท่า PSU cat ต่อระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด พบว่า ผู้คลอดที่ใช้ท่า PSU Cat โดยจัดทำผู้คลอดให้หันหน้าไปทางหัวเตียงที่ยกสูง 45-60 องศา เข้ายันกับพื้นแยกห่างจากกันพอประมาณ ลักษณะคล้ายกับท่าแมวมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่อยู่ในท่านอนราบ

มณีเวชเป็นศาสตร์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำ ซึ่งผสมผสานวิชาการแพทย์แผนไทย จีนและอินเดีย (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) โดยมีอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระประการ เป็นผู้คิดค้น และเผยแพร่ศาสตร์มณีเวช หลักการสำคัญของศาสตร์มณีเวช คือ การจัดทำเพื่อปรับสมดุล โครงสร้างร่างกาย โดยทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อเรียงตัวกันอย่างเป็นระเบียบ ซึ่งก่อให้เกิดความสมดุลของระบบต่าง ๆ และส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำงานเป็นปกติ นอกจากนี้ศาสตร์มณีเวชได้แนะนำให้มีการจัดทำผู้คลอดโดยนั่งท่าขัดสมาธิและท่าผีเสื้อ แบบมณีเวชในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ซึ่งทำทั้ง 2 ท่านี้ จะช่วยให้โครงสร้างเชิงกรานมีรูปทรงที่สมดุล ข้อสะโพกอยู่ในตำแหน่งที่มั่นคง หัวกระดูกไม่เลออกจากเบ้าสะโพก กระดูกหัวหน้า ขยายออก และจะส่งผลให้ขนาดช่องเชิงกรานกว้างขึ้น ทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง (พยุศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีผู้นำการจัดทำแบบมณีเวชมาใช้ในการคลอด บ้างแล้ว ดังเช่น วนิดา วงศ์มณีวรรณ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเปิดของปากมดลูก ระหว่างการนั่งท่าผีเสื้อขณะรอคลอดกับท่านอนปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่นั่งท่าผีเสื้อแบบมณีเวชมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาเปิดขยายของปากมดลูกสั้นกว่าผู้คลอดที่อยู่ในท่านอนปกติ 9.84 นาทีต่อเซนติเมตร และการศึกษาของ อาลี แซ่เจียว และพยุศรี อุทัยรัตน์ (2560) ที่พบว่า การดูแลผู้คลอดแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สามารถลดระยะเวลาคลอด และช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ รวมทั้งการศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ใช้ท่ามณีเวชของ พยุศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว (2561) ที่พบว่า มีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว และความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การจัดทำมณีเวชสามารถลดระยะเวลาการคลอด และช่วยให้ความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยลง แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด และการศึกษาที่ผ่านมามีศึกษาเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัย คาดว่าจะได้รูปแบบการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ดูแลผู้คลอดเพื่อช่วยลดระยะเวลา

การคลอดและช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด อันจะส่งผลให้ผู้คลอดผ่านพ้นระยะคลอดไปได้ด้วยดี และเกิดความรักใคร่ผูกพันอันดีระหว่างมารดาทารกและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชกับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชกับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง (Comparative experimental design) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (Two-group posttest only design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช หมายถึง รูปแบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากศาสตร์มณีเวช ของ ประสิทธิ์ มณีจิระปรากร (2547) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ระยะต่าง ๆ ของการคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอด แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แนวคิดและหลักการของมณีเวช 2) การฝึกการจัดท่ามณีเวช 6 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าไหว้สวัสดี ท่าที่ 2 ท่าโม้แป้ง ท่าที่ 3 ท่าถอดเสื้อ ท่าที่ 4 ท่าเก็บพลัง สร้างกำลังภายใน ท่าที่ 5 ท่านั่งขัดสมาธิ ท่าที่ 6 ท่าผีเสื้อ

และ 3) การจัดท่ามณีเวช โดยในระยะปากมดลูกเปิดช้า จัดท่าที่ 1-4 (ท่าละ 5 ครั้ง) และในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว จัดท่าที่ 5-6 โดยจัดทำนานอย่างน้อย 15 นาที หลังจากนั้นผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าได้ตามที่ต้องการ โดยจัดทำเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด

ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว หมายถึง ตัวเลขที่แสดงถึงระยะเวลาเป็นนาที ตั้งแต่ระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วจนถึงปากมดลูกเปิดหมด (4-10 เซนติเมตร) โดยระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เกิดขึ้นเมื่อมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น ความรุนแรงมากขึ้น นานขึ้น และมีอัตราการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น โดยมีการหดตัวของมดลูกทุก 3-4 นาที นาน 45 วินาที (Albers, 2007) โดยประเมินร่วมกับบันทึกกราฟแสดงความก้าวหน้าของการคลอด

ความพึงพอใจต่อการคลอด หมายถึง ความรู้สึกชอบ ชื่นชม ความรู้สึกในด้านบวก หรือความรู้สึกที่บรรลุถึงตามความต้องการเกี่ยวกับการคลอดของผู้คลอด 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านคุณภาพของการดูแล 2) ด้านคุณลักษณะของผู้คลอด และ 3) ด้านประสบการณ์ความเครียดระหว่างการคลอด ซึ่งประเมินจากแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด (The Birth Satisfaction Scale [BSS]) ของ Hollins-Martin and Fleming (2011)

ผู้คลอดครรภ์แรก หมายถึง ผู้คลอดที่ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน

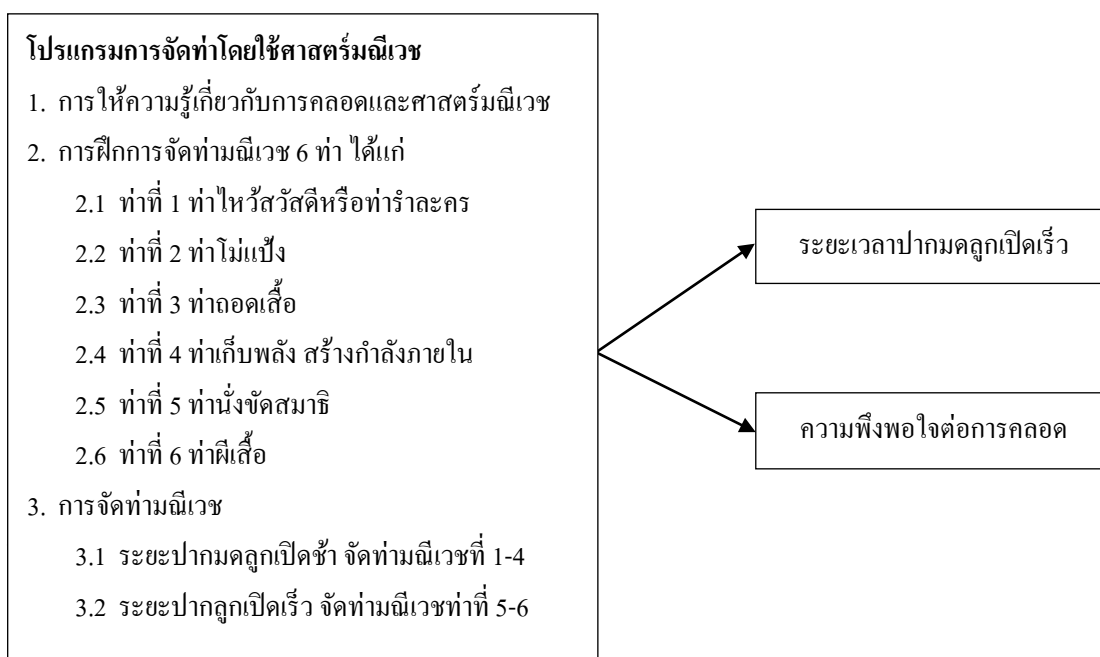
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ศาสตร์มณีเวชของ ประสิทธิ์ มณีจิระปรากการ (2547) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยนำหลักการจัดสมดุร่างกายตามหลักกายวิภาคและสรีรวิทยา ซึ่งเน้นการจัดท่าที่ทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อเรียงตัวกันอย่างเป็นระเบียบ เพื่อให้อวัยวะทุกส่วนทำงานได้เป็นปกติ (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและศาสตร์มณีเวช 2) การฝึกการจัดท่ามณีเวช 3) การจัดท่ามณีเวช โดยผู้วิจัยได้นำศาสตร์มณีเวชมาใช้ในขณะรอคลอดเริ่มตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิดช้า ผู้วิจัยดูแลให้ผู้คลอดจัดท่ามณีเวชในท่าที่ 1-4 ซึ่งการจัดท่าเหล่านี้เป็นการคืนสมดุสู่กระดูก ซึ่งเป็นโครงสร้างหลักของร่างกาย โดยแต่ละท่าจะช่วยปรับกระดูกส่วนต่าง ๆ ให้เข้าที่ และทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) ส่วนระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้วิจัยดูแลให้ผู้คลอดจัดท่ามณีเวชในท่าที่ 5-6 จากโปรแกรมดังกล่าวจะมีผลต่อแรงหดตัวของมดลูก แรงเบ่ง (Nichols & Humenick, 2002) กล่าวคือ กระดูกสันหลังจะมีความลาดเอียงกับพื้นราบจึงมีแรงจากแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยในการเคลื่อนตัวของทารก และส่งผลให้มดลูกจะเคลื่อนตัวมาด้านหน้าทำให้แนวแกนกลางของทารกอยู่ในแนวเดียวกันกับช่องทางออก ทารกจึงเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่าย อีกทั้งยังส่งผลต่อขนาดของอุ้งเชิงกราน ทำให้ช่อง

เชิงกรานอยู่ในมุมที่เหมาะสม เชิงกรานแนวหน้าหลังและแนวขวางกว้างขึ้น (Gupta & Nikodem, 2000) เมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อนลงมาคกกล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน แรงกดของส่วนนำจะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณช่องคลอด ทำให้ปมประสาทถูกกระตุ้นช่วยทำให้เกิด Ferguson's reflex ทำให้เกิดการหลั่งออกซิโทซิน ส่งผลต่อการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้ทั้งสองท่าเป็นท่าที่ขาและเข้าอยู่ในลักษณะปีกผีเสื้อ ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานถูกดึงรั้งให้ยืดขยายออกมาทางด้านข้าง ส่งผลให้แรงต้านต่อการเคลื่อนตัวของส่วนนำลดลง (กาญจนาภรณ์ คงตาน้อย และสุพินดา ศิริจันทร์, 2555) ทำให้การคลอดดำเนินได้ตามปกติ และมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง เมื่อผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนาน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรอคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Ahmar & Tarraf, 2014)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก ที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศ และในประเทศไทย ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การคลอด
 - 1.1 ความหมายของการคลอด
 - 1.2 ระยะของการคลอด
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด
 - 1.4 แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด
2. ความพึงพอใจต่อการคลอด
 - 2.1 ความหมายของความพึงพอใจต่อการคลอด
 - 2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการคลอด
 - 2.3 การประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด
3. ศาสตร์มณีเวช
4. โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช
5. ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอด
 - 5.1 ผลต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว
 - 5.2 ผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด

การคลอด

ความหมายของการคลอด

การคลอด (Labor) หมายถึง ปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ เพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรกและน้ำคร่ำ ที่อยู่ภายในโพรงมดลูกผ่านทางช่องคลอดออกมาสู่ภายนอก ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ก่อให้เกิดเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลง 2 เหตุการณ์ด้วยกัน คือ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ และเป็นการเริ่มต้นของชีวิตครอบครัวที่มีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น โดยมีมารดา ทารก และครอบครัว (Pillitteri, 2010)

ระยะของการคลอด

ระยะของการคลอด (Stage of labor) สามารถแบ่งออกเป็นระยะต่าง ๆ ได้ 4 ระยะ (จิราพร วรวงศ์, 2554) ดังนี้

1. ระยะที่หนึ่งของการคลอดหรือระยะปากมดลูกเปิด (Stage of cervical dilatation) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง หรือปากมดลูกเริ่มบางและเปิดขยายจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดหรือเปิด 10 เซนติเมตร (Fully dilatation) โดยครรภ์แรกใช้เวลา 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลา 4-12 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558) ระยะที่หนึ่งของการคลอดแบ่งเป็น 2 ระยะ (ธีระ ทองสง, 2555) คือ

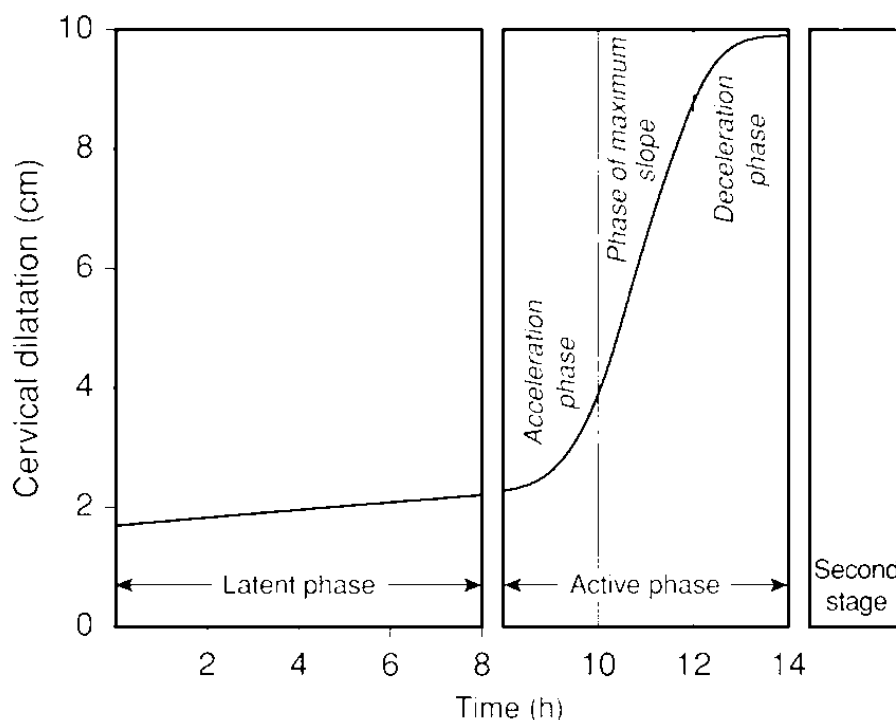
1.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ในครรภ์แรกใช้เวลาไม่ควรเกิน 20 ชั่วโมง เฉลี่ย 7-8 ชั่วโมง และ 14 ชั่วโมง เฉลี่ย 5 ชั่วโมงครึ่งในครรภ์หลัง มดลูกหดรัดตัว (Interval) ทุก 5-10 นาที นาน (Duration) ประมาณ 30 วินาที ความรุนแรง (Intensity) อยู่ระหว่าง เล็กน้อย (10-40 mmHg) ถึง ปานกลาง (40-70 mmHg) (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558)

1.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิดหมด (4-10 เซนติเมตร) โดยมดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้น นานขึ้น มีความรุนแรงมากขึ้น โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกทุก 3-4 นาที นาน 45 วินาที (Albers, 2007) และมีอัตราการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น โดยครรภ์แรกปากมดลูกจะเปิดขยาย 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง และครรภ์หลังปากมดลูกจะเปิดขยาย 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558) ซึ่งระยะนี้ ยังแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะคือ

1.2.1 ระยะเริ่มเร่ง (Acceleration phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดขยาย 3-4 เซนติเมตร เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยายเร็วขึ้นและใช้เวลาสั้นมาก แต่มีความสำคัญเพราะถ้าล่าช้าอาจมีผลทำให้การคลอดในระยะต่อไปล่าช้าตามไปด้วย ในครรภ์แรก ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง และ 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง (ธีระ ทองสง, 2555)

1.2.2 ระยะรวดเร็ว (Phase of maximum slope) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดขยาย 4-9 เซนติเมตร เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยายเร็วมากที่สุด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ในครรภ์แรก และใช้เวลา 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558)

1.2.3 ระยะลดลง (Deceleration phase) จะเริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดขยาย 9-10 เซนติเมตร เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยายช้าลง ในระยะนี้ใช้เวลาค่อนข้างสั้นจนบางครั้งอาจจะตรวจไม่พบและเป็นระยะที่ส่วนนำทารกมีการเคลื่อนต่ำลงมาอย่างรวดเร็ว ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาทีในครรภ์แรก และไม่ถึง 30 นาทีในครรภ์หลัง (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558)



ภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปิดขยายของปากมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด (Cunningham et al., 2014)

2. ระยะที่สองของการคลอด (The stage of expulsion) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด จนกระทั่งทารกคลอดออกมาทั้งตัว ครรภ์แรกใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลา 15-30 นาที แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558) ระยะนี้ทารกมีการเคลื่อนต่ำลงอย่างรวดเร็ว และพบว่ากลไกการคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระยะนี้

3. ระยะที่สามของการคลอด หรือระยะคลอดรก (Stage of placenta) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดออกมาหมดทั้งตัว จนถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดออกมาครบสมบูรณ์ โดยเฉลี่ยใช้เวลา 5-15 นาที แต่ไม่เกิน 30 นาที ทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง ถ้าเกิน 30 นาที เรียกว่า มีระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนาน (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558)

4. ระยะที่สี่ของการคลอด (The fourth stage) เป็นระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังจากรกคลอด ซึ่งมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558)

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด

การคลอดทางช่องคลอดจะประสบความสำเร็จหรือดำเนินไปได้อย่างปกติและใช้เวลาในการคลอดยาวนานเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เหมาะสมและทำงานประสานกัน 5 ประการ (Olds et al., 2000) ได้แก่ 1) แรงในการคลอด (Power) หรือแรงผลักดัน หมายถึง แรงที่ใช้ขับทารก

และรอกออกจากโพรงมดลูก ประกอบด้วยแรงที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่ง

2) ช่องทางคลอด (Passage) ช่องทางคลอดที่ทารกต้องเคลื่อนผ่านออกมาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ช่องทางคลอดที่เป็นกระดูกและช่องทางคลอดที่เป็นเนื้อเยื่อ 3) สิ่งที่ผ่านมาออกมา (Passenger) ได้แก่ ทารกและรก 4) ท่าของผู้คลอด (Position) ท่าของผู้คลอดระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดมีผลต่อการหดตัวของมดลูก ท่าคลอดที่อยู่แนวตรงหรือแนวตั้ง (Upright) จะมีอิทธิพลต่อความถี่ และคุณภาพของการหดตัวของมดลูก (ศศิธร พุ่มดวง, 2551) และ 5) สภาวะจิตใจของผู้คลอด (Psychological response) มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด หากผู้คลอดมีความวิตกกังวลสูง จะมีผลทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง ระยะคลอดยาวนานออกไป (Lederman, 1979) และปัจจัยที่พบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดยาวนาน ส่วนใหญ่มาจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. แรง (Power) คือ มดลูกหดตัวไม่ดี ผู้คลอดหมดแรง
2. สิ่งที่คลอดออกมา (Passenger) คือ ทารกตัวโต หรือทารกมีส่วนนำผิดปกติ
3. ช่องทางคลอด หรือ ช่องเชิงกรานของผู้คลอด (Passage) คือ ขนาดและลักษณะของช่องเชิงกราน
4. ท่าของผู้คลอด (Position) คือ ท่าของผู้คลอดในลักษณะแนวราบ
5. สภาวะจิตใจของผู้คลอด (Psychological response) คือ ความกลัว ความวิตกกังวล

ไม่สบายใจ มีผลต่อสรีระวิทยาการคลอด

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มีทั้งที่สามารถป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการคลอดยาวนานได้ และไม่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการส่งเสริมปัจจัยการคลอดจึงเป็นวิธีหรือแนวทางหนึ่งที่ทำให้ผู้คลอด ไม่เผชิญกับการคลอดยาวนาน หรือการส่งเสริมปัจจัยการคลอดจะส่งผลทำให้ระยะเวลาของการคลอดลดลง โดยหนึ่งในวิธีหรือแนวทางการส่งเสริมปัจจัยการคลอด คือ การใช้ท่าของผู้คลอด (Position) (อุบลรัตน์ สุทธิวิชชศักดิ์, 2551) ท่าของผู้คลอดในลักษณะศีรษะและลำตัวสูง (Upright position) เช่น ท่ายืน ท่าเดิน ท่านั่ง หรือท่าโก่งโค้ง จะมีผลต่อแรงหดตัวของมดลูก แรงเบ่ง ขนาดของอุ้งเชิงกราน นอกจากนี้ท่าของผู้คลอดยังมีประโยชน์ต่อกลไกการคลอดโดยส่งผลต่อแรงโน้มถ่วงของโลกซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและสามารถลดระยะเวลาการคลอดได้ (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558)

แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

การพยาบาลในระยะรอคลอดหรือระยะที่หนึ่งของการคลอด เป็นการปฏิบัติดูแลผู้คลอดนับตั้งแต่การเจ็บครรภ์จริงหรือปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึงปากมดลูกเปิดหมด พยาบาลจะต้องให้การดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้คลอด โดยคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากการให้การพยาบาลตามปกติที่ผู้คลอดพึงได้รับแล้วนั้น รูปแบบการพยาบาลที่

สำคัญสำหรับผู้คลอดอีกอย่างหนึ่ง คือ การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งประกอบไปด้วย การดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายพื้นฐาน เช่น การได้รับสารอาหาร การขับถ่าย ความสุขสบายทั่วไป การดูแลด้านจิตใจ เช่น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้คลอด และการดูแล จัดทำให้ผู้คลอด (ศศิธร พุ่มดวง, 2549)

การจัดทำให้ผู้คลอดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ปัจจุบันเชื่อว่าท่าของผู้คลอดมีผลต่อ สรีรวิทยาของผู้คลอดและกลไกการคลอดทารก ระยะเวลาในการบางและเปิดขยายของปากมดลูก การส่งเสริมปัจจัยการคลอดโดยการใช้ท่าของผู้คลอด (Position) ได้แก่ การจัดทำให้กับผู้คลอด ในระยะที่เจ็บครรภ์ถือเป็นวิธีที่สะดวก ผู้คลอดสามารถทำได้เอง และส่งผลทำให้ระยะเวลาของการคลอดลดลง (อุบลรัตน์ สุทธิวิมลชศักดิ์, 2551) นอกจากนี้การจัดท่าของผู้คลอดที่เหมาะสมยังสามารถส่งเสริมสรีรวิทยาของการคลอดที่จะทำให้เกิดแรงที่จะผลักดันทารกออกมาได้มากขึ้น รวมถึงสามารถขยายช่องทางคลอด (Passage) ให้กว้างขึ้นอันจะช่วยลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการคลอดยาวนานได้ (Nichols & Humenick, 2002) โดยทั่วไปจะแบ่งท่าของผู้คลอดเป็น 2 กลุ่ม (Lawrence et al., 2013) คือ 1) ท่าแนวราบ (Supine position) เป็นท่าที่กระดูกสันหลังอยู่ในระนาบเดียวกับพื้นราบ แนวกระดูกสันหลังตั้งอยู่แนวนอนมากกว่าแนวตั้ง ได้แก่ ท่านอนหงาย (Dorsal position) ท่านอนหงายชันเข้า (Dorsal recumbent) และท่านอนตะแคง (Lateral position) และ 2) ท่าที่ศีรษะและลำตัวสูง (Upright position) เป็นท่าที่ศีรษะและกระดูกสันหลังอยู่สูง ท่ามุม 30-90 องศา กับแนวราบ ได้แก่ ท่ากึ่งนั่ง (Semi-sitting position) ท่านั่ง (Sitting position) ท่านั่งยอง (Squatting position) ท่ายืน (Standing position) และการเดิน (Walking) (Lawrence et al., 2013)

การจัดท่าศีรษะและลำตัวสูงยังส่งผลดีทั้งต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ กล่าวคือ การจัดท่าศีรษะและลำตัวสูงจะส่งผลต่อแรงผลักดัน เมื่อจัดท่าศีรษะและลำตัวสูงจะส่งผลให้กระดูกสันหลังมีความลาดเอียงกับพื้นราบจึงมีแรงจากแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยให้การเคลื่อนต่ำของทารกเป็นไปได้ง่าย เมื่อผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะและลำตัวสูง มดลูกจะเคลื่อนตัวมาด้านหน้า ทำให้แนวแกนกลางของทารก (Fetal axis) อยู่ในแนวเดียวกันกับช่องทางออกของเชิงกรานมากขึ้น ทำให้ช่องทางคลอดตรงขึ้น ทารกจึงเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่ายกว่าท่านอนราบ (Simkin, 2003) เมื่อผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะและลำตัวสูง ส่วนนำของทารกจะเคลื่อนต่ำมากที่สุดที่กล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน แรงกดของส่วนนำจะกระตุ้นประสาทรับรู้สีกบริเวณช่องคลอด ทำให้ปมประสาทถูกกระตุ้น ส่งผลให้เกิด Ferguson's reflex ทำให้เกิดการหลั่งออกซิโตซิน กระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี แรงผลักดันทารกมีมากขึ้น และการที่ผู้คลอดได้โน้มตัวไปด้านหน้า ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องยืดออก มีความตึงตัวเพิ่มมากขึ้น เกิดการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อ มดลูกทำให้มดลูกหดตัวแรงและมีประสิทธิภาพดีกว่าการนอนราบ (Nichols & Humenick, 2002)

นอกจากนี้พบว่ามารดาที่อยู่ในท่าแนวตั้ง ทำให้ความแรงของการหดตัวของมดลูก (Intensity) มากกว่าขณะอยู่ในท่าปกติ 10-35 มม.ปรอท (Shermer & Raines, 1997 อ้างถึงใน ศศิธร พุมดวง, 2556) จะเห็นได้จากการศึกษาของ Andrews and Chrzanowski (1990) ที่ทำการศึกษาแบบทดลองในผู้คลอดครรภ์แรก โดยแบ่งกลุ่มผู้คลอดออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มท่าแนวตั้ง (ยืน เดิน นั่งของนั่งเอนตัวไปข้างหน้า) และกลุ่มท่าแนวราบ พบว่า ระยะเวลาของระยะ Maximum slope (ปากมดลูกเปิด 4-9 ซม.) ในผู้คลอดกลุ่มท่าแนวตั้งสั้นกว่าผู้คลอดในกลุ่มแนวราบอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยเวลาในระยะ Maximum slope ของการคลอดในกลุ่มท่าแนวตั้ง 3.9 ชั่วโมง กลุ่มผู้คลอดท่าแนวราบค่าเฉลี่ยระยะก้าวหน้า 5.41 ชั่วโมง ผู้คลอดกลุ่มท่าแนวตั้งมีการหดตัวของมดลูกบ่อย (Interval) มดลูกหดตัวแรง (Intensity) และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก (Duration) นานกว่าผู้คลอดกลุ่มแนวราบ

นอกจากนี้ การจัดทำศีรษะและลำตัวสูงยังส่งผลต่อช่องเชิงกราน กล่าวคือ การจัดทำศีรษะและลำตัวสูงช่วยให้ศีรษะของอู้งเชิงกรานอยู่ในมุมที่เหมาะสม และพบว่าในขณะที่นั่ง น้ำหนักของร่างกายส่วนบนจะกดลงบนกระดูก Ischial tuberosity ข้อต่อของกระดูกหัวหน้า (Symphysis) และข้อต่อระหว่าง Sacrum กับ Iliac จึงแยกออกจากกัน ช่องเชิงกรานจึงมีความกว้างมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนต่ำของส่วนนำเป็นไปด้วยดี และหากนั่งในลักษณะโน้มตัวไปด้านหน้ามาก ๆ น้ำหนักร่างกายจะยิ่งกดลงบน Ischial tuberosity มากขึ้น (Gupta & Nikodem, 2000) ซึ่งส่งผลให้ขนาดของช่องเชิงกรานเพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 28-30 (เจียรนัย โปธิ์ไทรย์, 2544) ทำให้ส่วนนำของทารกในครรภ์สามารถเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่ายกว่าท่านอนราบ ส่งผลให้ระยะที่ 1 ของการคลอดมีระยะเวลาสั้นลง (สุกัญญา ปรีศัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ดังการวิจัยของ Lilford, Glanville, Gupta, Shrestha, and Johnson (1989) ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบการจัดทำมารดา ในท่ายืนและท่านั่งของแล้ววัดช่องเข้าเชิงกรานจากปุ่มกระดูก Sacral promontory ไปยังส่วนบนของ Symphysis pubis ส่วนช่องออกวัดจากกระดูกก้นกบ (Sacrum) ชั้นที่ 5 ไปยังด้านล่างของ Symphysis pubis และ Bispinous diameter วัดจากปลายปุ่มกระดูก Ischial spine ทั้ง 2 ด้าน พบว่าท่ายืนและท่านั่งของมีผลทำให้ช่องเชิงกรานกว้างขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผลการวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องพบว่า การจัดทำผู้คลอดลักษณะศีรษะและลำตัวสูงในขณะรอคลอด สามารถทำให้ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 สั้นลง ดังเช่นการศึกษาผลของการจัดทำศีรษะสูงโดยการโน้มตัวไปด้านหน้าโอบกอดลูกบอลสลับทำกึ่งนั่ง 45 องศา ต่อระยะเวลาในการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของสุพมาลัย สอนเฒ่า และมณีนรัตน์ ภัทรจินดา (2556) พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 257.69 นาที และกลุ่มควบคุม 353.33 นาที เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาในระยะปากมดลูก

เปิดเร็วสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 95.64 นาที แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสอดคล้องกับผลการวิจัยการใช้ท่า PSU Cat สลับนอนศีรษะสูงในผู้คลอดครรภ์แรกของ ศศิธร พุ่มดวง (2556) ทำให้ระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นลง และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการบริหารการหายใจ ร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ของ ขวัญใจ เทพายประกายเพชร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุวัฒน์กร (2558) ที่พบว่าการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงทำให้ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ของผู้คลอดกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด อยู่ระหว่าง 2.20-9.50 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด อยู่ระหว่าง 5.00-20.50 ชั่วโมง ดังนั้นสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชเป็นการจัดทำผู้คลอดในลักษณะศีรษะและลำตัวสูง (Upright position) อย่างหนึ่งซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

ความพึงพอใจต่อการคลอด

ความหมายของความพึงพอใจต่อการคลอด

Marut and Mercer (1979) กล่าวว่า ความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น ความคาดหวัง ตลอดจนความคิดเห็นในการควบคุมความรู้สึกของตนเองในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด

Bramadat and Driedger (1993) ได้ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึก ทางบวกที่มาจากทัศนคติและอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นความรู้สึกทางบวกของผู้คลอด เช่น มีความสุขรู้สึกอบอุ่น ส่วนความไม่พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด เป็นความรู้สึกทางลบของผู้คลอด เช่น รู้สึกว่าการคลอดทำให้ตนเองเกิดความไม่สุขสบาย

Harvey, Rach, Stainton, Jarrell, and Brant (2002) ได้ให้ความหมายว่า ความพึงพอใจ ต่อการคลอดเป็นการรับรู้ประสบการณ์ในทางบวกของผู้คลอด ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจต่อการคลอดเป็นความรู้สึกพอใจ เป็นสุข เป็นความรู้สึก ทางบวกของผู้คลอดที่มีต่อระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด อันเป็นผลมาจากทัศนคติ อารมณ์ และความคาดหวังตลอดจนความคิดเห็นในการควบคุมความรู้สึกของผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ และระยะคลอด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการคลอด

1. ระดับการเจ็บครรภ์คลอด กล่าวคือ ผู้คลอดที่มีระดับการเจ็บครรภ์คลอดต่ำจะมีระดับความพึงพอใจต่อการคลอดสูง (Goodman et al., 2004)
2. การควบคุมตนเองระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด จากการศึกษาของ Goodman et al. (2004) พบว่า ผู้คลอดที่สามารถควบคุมตนเองระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดได้มากจะมีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก แต่ผู้คลอดที่ควบคุมตนเองระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดได้น้อยอาจจะมีระดับความพึงพอใจต่อการคลอดได้ทั้งทางบวกและทางลบ
3. ความคาดหวังในการคลอด และการเตรียมตัวคลอด ผู้คลอดที่มีความคาดหวังในการคลอด และสามารถดำเนินการคลอดได้เป็นไปตามที่คาดหวัง จะมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่มีความคาดหวังในการคลอด และการเตรียมตัวคลอด อาจจะมีหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอดได้ (Goodman et al., 2004)
4. ลักษณะของผู้คลอด ไม่ว่าจะเป็น อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน กล่าวคือ หากผู้คลอดมีอายุมาก ระดับการศึกษาสูง รายได้ต่อเดือนสูงอาจทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดสูง แต่อย่างไรก็ตามอาจมีหรือไม่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอดได้ (Goodman et al., 2004)
5. สิ่งแวดล้อมในสถานที่คลอด ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้คลอด กล่าวได้ว่าผู้คลอดที่มีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมในการคลอดมักจะมีระดับความพึงพอใจต่อการคลอด (Hollins-Martin & Fleming, 2011)
6. การสนับสนุนของผู้ดูแลการคลอดที่มีประสิทธิภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้คลอด และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างการคลอด ผู้คลอดจะมีความพึงพอใจต่อการคลอด หากมีผู้ดูแลการคลอดอย่างใกล้ชิดและสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ส่วนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้คลอดจะมีผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด หากผู้คลอดมีความไว้วางใจในตัวของผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ สูติแพทย์ ญาติที่ผู้คลอดเลือกให้อยู่ด้วย เช่น ญาติผู้หญิง สามี หรือเพื่อนที่ไว้ใจ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้คลอด หากผู้คลอดได้รับรู้และมีส่วนร่วมในการเลือกแนวทางการรักษาที่ตนเองได้รับจะส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Hollins-Martin & Fleming, 2011)
7. รูปแบบการดูแลการคลอด พบว่า การคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการแบบฉุกเฉิน มีการเร่งคลอด หรือการกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจการคลอดในทางลบมากกว่าการคลอดธรรมชาติ (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความพึงพอใจต่อการคลอดขึ้นอยู่กับตัวของผู้คลอด ในด้านระดับ การเจ็บครรภ์คลอด ความคาดหวัง การควบคุมตนเองระหว่างเจ็บครรภ์คลอด การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้คลอด รวมถึงสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด และรูปแบบการคลอด

การประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด

ในการประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดกระทำได้โดยใช้แบบประเมิน ดังนี้

1. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเจ็บครรภ์และคลอด (The Labor and Delivery Satisfaction Index [LADSI])

แบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้น โดย Lomas, Dore, Enkin, and Mitchell (1987) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 38 ข้อ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ คุณภาพและรูปแบบของการดูแลระหว่างการคลอด และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้คลอด โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ มีค่าคะแนน 1-6 คะแนน เริ่มตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับการประเมินกระทำโดยให้ผู้คลอดตอบแบบประเมิน 2 ครั้ง คือ 2 วัน หลังคลอด จะตอบแบบประเมินนี้จำนวน 38 ข้อ และ 4-5 สัปดาห์หลังคลอดจะตอบแบบประเมิน 35 ข้อ

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเจ็บครรภ์และคลอดนี้ผ่านการหาค่าความตรง และความเชื่อมั่นแล้ว โดยมีค่าความคงที่ของแบบประเมิน เท่ากับ 0.67 มีความตรงตามโครงสร้าง คือ มีลักษณะคำถามที่แสดงอารมณ์ 3 รูปแบบและประเมินเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างผู้คลอดที่มีคะแนนสูงกับต่ำและหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีครอนบาคแอลฟาได้ค่าน้อยกว่า 0.35 (Bramadat & Driedger, 1993)

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด (Six Simple Questions [SSQ])

แบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้น โดย Harvey et al. (2002) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้คลอด คุณภาพของความสัมพันธระหว่างผู้ให้การดูแล การคลอดกับผู้คลอด ความคาดหวังในการคลอดของผู้คลอด การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้ดูแล การคลอด ความพึงพอใจในการคลอดโดยรวม และการสอบถามถึงการกลับมาใช้บริการการคลอด เมื่อตั้งครรถ์ในครั้งถัดไป ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ มีตัวเลข 1-7 โดยให้ผู้คลอดเลือกตอบ เริ่มตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก เท่ากับ 1 จนถึงเห็นด้วยอย่างมาก เท่ากับ 7 ใช้ประเมินเมื่อผู้คลอดอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 48 ชั่วโมงหลังคลอด 2 สัปดาห์หลังคลอด

และ 6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่ง Harvey et al. (2002) ได้ตรวจสอบความตรงของแบบประเมิน และวัดค่าความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 มีค่าความคงที่ของแบบประเมินเท่ากับ 0.51

ในประเทศไทย มณีวรรณ ชูระชัย, เอมพร รตินทร, เขาวลัษณ์ เสรีเสถียร และนิตยา ลินสุกใส (2552) ได้นำแบบสอบถามนี้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย ผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นในผู้คลอดครรภ์ แรกที่คลอดบุตรแล้ว 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

3. แบบประเมินระดับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์และคลอดของ Mackey (The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale)

แบบประเมินนี้ออกแบบ โดย Mackey ซึ่งได้ศึกษาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ การคลอด (Caballero et al., 2016) แบบประเมินนี้มีทั้งสิ้นจำนวน 40 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามเป็น 8 ด้าน โดยข้อคำถาม 34 ข้อแรก ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจที่มีต่อตนเอง 9 ข้อ 2) ความพึงพอใจ ต่อญาติที่เข้ามาดูแลในระยะเจ็บครรภ์คลอด 2 ข้อ 3) ความพึงพอใจต่อทารก 3 ข้อ 4) ความพึงพอใจต่อ พยาบาล 8 ข้อ 5) ความพึงพอใจต่อสูติแพทย์ 8 ข้อ และ 6) ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์ และการคลอดโดยรวม 4 ข้อ ซึ่งคำตอบมี 5 ระดับ คือ รู้สึกพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากที่สุด รู้สึกพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมาก รู้สึกพอใจต่อประสบการณ์การคลอดปานกลาง รู้สึก พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดน้อย และไม่รู้สึกพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเลย ส่วนอีก 2 ด้านเป็นการประเมินความคาดหวังที่มีต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์และการคลอด 2 ข้อ และการประเมินความรู้สึกที่มีการเจ็บครรภ์และการคลอดเป็นทางบวกหรือทางลบ 2 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อ เป็นการระบุถึงสิ่งที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจและมีความสำคัญต่อผู้คลอดในขณะเจ็บครรภ์ และการคลอด ซึ่งไม่คิดระดับคะแนน ส่วนการแปลผล ผลรวมคะแนนที่สูงแสดงว่า ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อ การคลอดสูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นแล้ว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 (Goodman et al., 2004)

4. แบบสอบถามความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอด (Labour agency scale)

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ Hodnett (2002) สร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้ ประสบการณ์การควบคุมตนเองระหว่างการคลอด (Control experience during childbirth) มีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการควบคุมตนเอง (Personal control) เป็นตัวชี้วัดความพึงพอใจ และพบว่า การควบคุมตนเองระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดมีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายความพึง พอใจต่อการคลอด (Goodman et al., 2004 อ้างถึงใน ศิริวรรณ ยืนยง และนางนภัสร รักรัทธิ, 2554) โดยแบบสอบถามนี้ ศิริวรรณ ยืนยง และนางนภัสร รักรัทธิ (2554) ได้แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิค การแปลย้อนกลับ (Back translation technique) มีคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นด้านบวก 6 ข้อ ด้านลบ

4 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราลิกิต 7 ระดับ จาก 1 เกือบตลอดเวลา ถึง 7 แทบจะไม่เคย ข้อบวกให้คะแนน จาก 7 ถึง 1 ข้อลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 มีคะแนนรวมระหว่าง 10-70 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก คะแนนต่ำ หมายถึงมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย ซึ่งมีการนำไปหาความเชื่อมั่นเท่ากับ .08 (ศิริวรรณ ยืนยง และนางนงภัทร์ รักไทย, 2554)

5. แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด (The Birth Satisfaction Scale)

แบบวัดนี้เป็นของ Hollins-Martin and Fleming (2011) ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความพึงพอใจต่อการคลอด โดยใช้แนวคิดจากประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด 3 ด้าน คือ คุณภาพของการดูแลระหว่างผู้ดูแลกับผู้คลอด คุณลักษณะของผู้คลอด และประสบการณ์ความเครียดระหว่างการคลอด แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราลิกิต 5 ระดับ จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 ข้อลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 5 มีคะแนนรวมระหว่าง 30-150 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย ซึ่งมีการนำไปหาความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 (Hollins-Martin & Fleming, 2011)

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าแบบประเมินความพึงพอใจต่อการคลอดมีหลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละแบบประเมินจะแตกต่างกันออกไป กล่าวคือ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเจ็บครรภ์และคลอด (The Labor and Delivery Satisfaction Index [LADSI]) ที่สร้างขึ้นโดย Lomas et al. (1987) เป็นแบบประเมินที่ประเมินเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์โดยตรงร่วมกับคุณภาพในการดูแลซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแล้วพบว่าข้อคำถามไม่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการศึกษา

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด (Six Simple Questions [SSQ]) แบบประเมินนี้ถูกสร้างขึ้นโดย Harvey et al. (2002) ประกอบด้วยคำถาม เช่น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความคาดหวังในการคลอดของผู้คลอด การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้ดูแลการคลอด ความพึงพอใจในการคลอดโดยรวม และการสอบถามถึงการกลับมาใช้บริการการคลอดเมื่อตั้งครรภ์ในครั้งถัดไป ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะรอคลอด และการกลับมาใช้บริการการคลอดในครั้งถัดไป อีกทั้งยังเป็นการประเมินเมื่อผู้คลอดมีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

แบบประเมินระดับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การเจ็บครรภ์และคลอดของ Mackey (The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale) แบบประเมินนี้ออกแบบโดย Mackey ซึ่งได้ศึกษาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจการคลอด เช่น ความพึงพอใจต่อญาติที่เข้ามาดูแลในระยะเจ็บครรภ์คลอด ความพึงพอใจต่อสูติแพทย์ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษา

เกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะรอคลอดโดยญาติและความพึงพอใจต่อสูติแพทย์ จึงทำให้แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการศึกษา

แบบสอบถามความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอด (Labour Agency Scale) ที่ Hodnett (2002) สร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้ประสบการณ์การควบคุมตนเองระหว่างการคลอด (Control experience during childbirth) ซึ่งใช้แนวคิดการควบคุมตนเอง (Personal control) เป็นตัวชี้วัดความพึงพอใจต่อการคลอด จากการทบทวนพบว่าข้อคำถามของแบบประเมินนี้ เป็นข้อคำถามที่สอบถามความมั่นใจของผู้คลอดระหว่างการคลอด ซึ่งไม่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้

แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด (The Birth Satisfaction Scale) ของ Hollins-Martin and Fleming (2011) เป็นแบบวัดที่สร้างจากแนวคิดจากประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดโดยตรง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนและพบว่า แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด Hollins-Martin and Fleming (2011) มีข้อคำถามที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้คลอดต้องเผชิญในระหว่างรอคลอดและการคลอด ซึ่งแบบประเมินนี้สอดคล้องกับขั้นตอนการดำเนินการและครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด (The Birth Satisfaction Scale) ของ Hollins-Martin and Fleming (2011) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้

ศาสตร์มณีเวช

มณีเวชเป็นศาสตร์ด้านการจัดสมดุลโครงสร้างร่างกายที่ผสมผสานวิชาการแพทย์แผนไทย จีน และอินเดีย ซึ่งนำมาประยุกต์ต่อยอดและพัฒนาเป็นการรักษาของไทย เป็นหนึ่งวิชาที่สามารถบูรณาการเข้ากับแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และประหยัด มีหลักการอธิบายได้ด้วยหลักวิชาการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้หลักวิชากายวิภาคศาสตร์ (Anatomy) สรีรวิทยา (Physiology) ประสาทวิทยา (Neurology) ในปี พ.ศ. 2545-2548 กรมแพทย์ทางเลือกได้มีกรรณการรายงานผลการปฏิบัติงานกองการแพทย์ทางเลือกเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบวิชาการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ทางเลือก มีข้อสรุปว่า วิชามณีเวชของอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระปรการ เป็นวิชาแพทย์ที่ดีที่สุด สามารถอธิบายได้ด้วยความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์อย่างแม่นยำ นำมาใช้ได้ตั้งแต่การวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูและป้องกันโรค (กานดา วัชรสินธุ์, 2551)

มณีเวชเป็นชื่อที่ตั้งขึ้นเพื่อให้เกียรติต่ออาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระปรการ ผู้คิดค้น ซึ่งได้ให้นิยามของศาสตร์มณีเวชไว้ว่า เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสมดุลโครงสร้างร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมนุษย์ (ประสิทธิ์ มณีจิระปรการ, 2547) อาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระปรการ ได้อธิบายว่าร่างกายมนุษย์เปรียบเสมือนตาชั่ง มีกระดูกเป็นแกนหลัก มีกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นท่อต่าง ๆ เกาะเกี่ยวกันอย่างต่อเนื่องเสมือนเป็นเส้นเชือกใหญ่ 3 เส้น ได้แก่

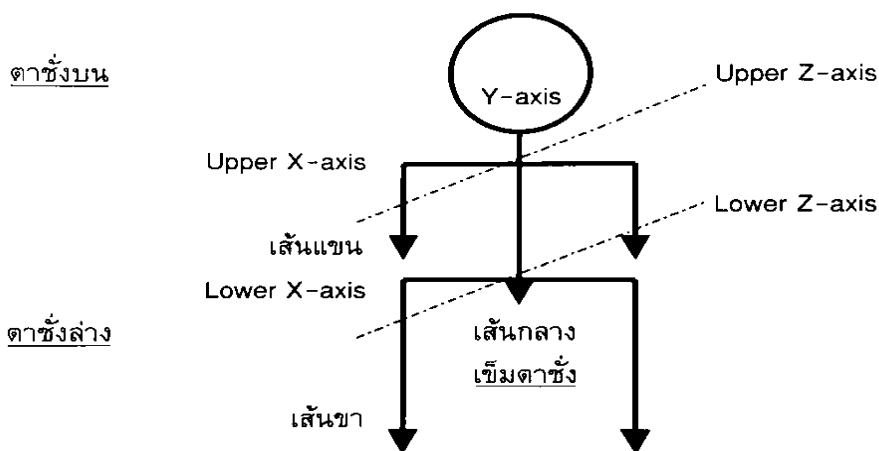
1) เส้นแขน คือแนวแขนทั้งสองข้าง 2) เส้นขา คือ แนวขาทั้งสองข้าง และ 3) เส้นกลาง คือ แนวตั้ง แกนกลางลำตัวตั้งแต่ศีรษะจนถึงก้นกบ ซึ่งอธิบายว่าเส้นเชือก 3 เส้นนี้จะเชื่อมต่อกันเป็นตาข่าย 2 อันที่ซ้อนกันอยู่และดึงรั้งต่อกันหมด ดังนั้นหากเกิดการบิดหรือผิดระเบียบของกระดูกชั้นใดชั้นหนึ่งจะส่งผลให้กระดูกชั้นอื่นผิดระเบียบได้เช่นกัน

ร่างกายเปรียบเป็นตาข่ายชนิด ตาข่าย 2 ชั้น โดยมีกระดูกรวมทั้งหมด 206 ชิ้น จัดเรียงอยู่อย่างสมดุล โดยการแบ่งโครงสร้างร่างกายเป็น 3 ส่วน คือ

1. ตาข่ายบน คือโครงสร้างเหนือระดับเอวขึ้นไป มีงานตาข่ายและลูกตุ้ม คือ แขน 2 ข้าง ตั้งแต่ นิ้วมือ ฝ่ามือ ข้อมือ ข้อศอก ถึงต้นแขน มีคานเป็นแกนนอนบน คือ สะบัก ไหล่ปลาร้า รวมทั้งสิ้น 64 ชิ้น ถ้าตาข่ายบนเสียสมดุลจะส่งผลต่อสมองทำให้การไหลเวียนเลือดไปที่สมองไม่ปกติ มีอาการปวดศีรษะ ซึมเศร้า ถ้าเลือดไหลเวียนไปที่หัวใจไม่ปกติ จะส่งผลทำให้มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ดังนั้นจึงต้องรักษาสมดุลตาข่ายบนให้ดี เนื่องจากเป็นตำแหน่งของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) นอกจากนี้การจัดสมดุลตาข่ายบนจะช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยและส่งผลให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น (พยุศรี อุทัยรัตน์, 2552)

2. ตาข่ายล่าง คือโครงสร้างใต้ระดับเอวลงมา มีงานตาข่ายและลูกตุ้ม คือ ขา 2 ข้าง นับตั้งแต่ นิ้วเท้า ฝ่าเท้า ข้อเท้า ข้อเข่า ถึงต้นขา มีคานเป็นแกนนอนล่าง คือ เขิงกราน รวมเป็น 62 ชิ้น ถ้าตาข่ายล่างเสียสมดุล จะส่งผลต่อระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ และอาจส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง (กานดา วัชรสินธุ์, 2551)

3. เข็มตาข่าย คือ แกนกลางแนวลำตัว เป็นแกนตั้ง ได้แก่ ศีรษะ (กะโหลก ขากรรไกร) แนวนหน้าอก ลำคอถึงหน้าอก (Hyoid bone, กระดูกหน้าอก, กระดูกซี่โครง) และแนวหลัง จากลำคอถึงก้นกบ มีกระดูกสันหลังตลอดแนว รวมเป็น 80 ชิ้น (กานดา วัชรสินธุ์, 2551)



ภาพที่ 3 ตาข่ายหมุน 2 ชั้นที่มีชีวิตมีการดึงรั้งต่อกันอย่างสลับซับซ้อน (กานดา วัชรสินธุ์, 2551)

จากข้างต้นกล่าวได้ว่าหลักการสำคัญของฉันทะคือการเรียงตัวอย่างเป็นระเบียบของกระดูกที่สัมพันธ์กันทั้งร่างกาย ซึ่งโครงสร้างมนุษย์เป็นตาซังหมุน 2 ชั้น ที่มีชีวิตและมีการเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา กระดูกจึงมีการเคลื่อนที่ตลอดเวลา หากโครงสร้างร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลจะก่อให้เกิดความสมดุลของระบบต่าง ๆ ตามมาซึ่งเอื้อต่อการทำงานของอวัยวะทุกชนิดทุกส่วนให้ทำงานได้เป็นปกติ เช่น การไหลเวียนของโลหิต น้ำเหลือง น้ำไขสันหลัง กระแสคำสั่งระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนปลาย และประสาทอัตโนมัติ เมื่อใดที่มีเหตุให้เสียสมดุลจากการเคลื่อนที่ของกระดูกบางชิ้นออกจากระเบียบ เช่น อิริยาบถที่ไม่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน ทำนั่ง นอน ยืน เดิน ทำงาน ออกกำลังกาย เล่นกีฬา และอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น จะมีผลทำให้เกิดการเจ็บปวดและการป่วยตามมาได้ การเสียระเบียบอาจจะเริ่มจากจุดหนึ่งของร่างกาย หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือเกิดซ้ำขึ้นบ่อย ๆ จะทำให้ของกระดูกชิ้นอื่น ๆ ที่เชื่อมสัมพันธ์กันด้วยกล้ามเนื้อ และเอ็นที่ดึงรั้งกันเสียระเบียบตามไปด้วย (กานดา วัชรสินธุ์, 2551)

การตั้งครุฑส่งผลให้กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ของหญิงตั้งครุฑมีการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อและกระดูก กล่าวคือข้อต่อกระดูกเชิงกราน และเอ็นยึดข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนล่างหย่อนตัวทำให้กระดูกเชิงกรานขยายและอ่อนนุ่ม ซึ่งเป็นผลมาจากฮอร์โมน Relaxin และ Progesterone ที่เพิ่มขึ้น (วิไลภา บินสมประสงค์, 2545) และเมื่ออายุครรภ์และน้ำหนักของหญิงตั้งครุฑเพิ่มมากขึ้น ขนาดของมดลูกที่ใหญ่ขึ้น ทำให้จุดศูนย์ถ่วงเลื่อนมาข้างหน้า ร่างกายจะมีการปรับตัวของกระดูกสันหลังส่วนเอวมีการโค้งงอ (Lordosis) เพื่อรักษาภาวะสมดุลร่างกายไว้ไม่ให้ล้ม หญิงตั้งครุฑหลังจึงแอ่น ศีรษะยื่นมาข้างหน้า ก้นโค้งงอมากขึ้น หากมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลังอาจมีอาการปวดหลังมากขึ้น ทำให้หญิงตั้งครุฑเคลื่อนไหวไม่สะดวก อาจเดินเซหรือหกล้มได้ง่าย นอกจากนี้ การดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ให้คอข้อม Ulnar และ Median nerve ถูกดึงรั้ง อาจมีอาการปวด ชาหรืออ่อนแรงบริเวณแขน นอกจากการตั้งครุฑแล้ว ลักษณะของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานของหญิงตั้งครุฑแต่ละบุคคล ก็มีผลกระทบต่อสรีระร่างกายเช่นกัน เช่น การยกของ การอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม (กาญจนา โกทิยะ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, 2559) หากนำศาสตร์ฉันทะมาวิเคราะห์จะเห็นได้ว่า สรีระร่างกายของหญิงตั้งครุฑมีการเปลี่ยนแปลงหรืออยู่ในภาวะเสียสมดุล ซึ่งเป็นการเสียสมดุลทั้งตาซังบนและตาซังล่าง เมื่อมีภาวะเสียสมดุลจะส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด และอาจส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะอื่น ๆ ได้ (กานดา วัชรสินธุ์, 2551)

ธรรมชาติของการคลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอดจะเกิดจากเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ เช่น มดลูกส่วนล่าง ถูกดึงและยืดขยาย อวัยวะ เนื้อเยื่อ และเอ็นต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงมดลูกถูก

ดิ่งรั้ง เช่น ช่องคลอด ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ รั้งไข่ ท่อนำไข่ถูกกด เอ็นยึดมดลูกถูกดึงรั้ง เยื่อช่องท้องถูกดึงรั้ง ซึ่งทำให้อวัยวะต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ไม่ได้คงอยู่ในตำแหน่งที่เหมือนก่อน การตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลของโครงสร้างร่างกาย ดังนั้น เพื่อเป็นการปรับสมดุล โครงสร้างร่างกายให้สมดุล จึงมีการนำท่าสมาธิมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าสู่ระยะคลอดได้ ท่าสมาธิทั้งหมด 8 ท่า ได้แก่ 1) ท่าไหว้สวัสดี 2) ท่าโม้แข็ง 3) ท่าถอดเสื้อ 4) ท่าเก็บพลัง 5) ท่านั่งขัดสมาธิ 6) ท่าผีเสื้อ 7) ท่ายืน และ 8) ท่าเดิน โดยท่าที่ 1-4 จะเป็นท่าจัดสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงบน ตั้งแต่เหนือเอวขึ้นมา ซึ่งจะทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และเมื่อโครงสร้างร่างกายช่วงบนสมดุล จะส่งผลต่อโครงสร้างร่างกายช่วงล่าง ให้เข้าสู่สมดุลได้ง่ายยิ่งขึ้น และท่าที่ 5-8 เป็นการจัดสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงล่าง ตั้งแต่ระดับเอวลงมาสะโพก กระดูกเชิงกราน ระวังค์ขา 2 ข้างของผู้คลอด โดยท่ายืน เดิน และการนั่งแบบสมาธิจะส่งผลให้ โครงสร้างเชิงกรานสมดุล ไม่บิดเบี้ยว แต่หากผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด การปฏิบัติท่ายืนและท่าเดิน อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ผู้วิจัยจึงนำท่านั่งสมาธิและท่าผีเสื้อ มาใช้ เพื่อเป็นการปรับสมดุลเชิงกราน ช่วยให้โครงสร้างเชิงกรานมีรูปทรงที่สมดุล กระดูกหัวหน้า ขยายออก และทำให้ขนาดช่องเชิงกรานกว้างขึ้น (กานดา วัชรสินธุ์, 2551)

นอกจากเป็นการปรับโครงสร้างเชิงกรานให้เหมาะสมกับการคลอดแล้วนั้น การจัดทำ นั่งขัดสมาธิและท่าผีเสื้อยังเป็นท่านั่งในลักษณะ Upright position ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ท่านั่งจะ อาศัยความสัมพันธ์ของแรงโน้มถ่วงของโลกในการทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนลงต่ำและจากการที่ส่วน นำของทารกมากดที่กล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน แรงกดของส่วนนำจะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณ ช่องคลอด ทำให้ปมประสาทถูกกระตุ้นช่วยให้เกิด Ferguson's reflex ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin ส่งผลให้การหดตัวของมดลูกดีขึ้น ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดเป็นไปอย่าง เหมาะสม (ศศิธร พุ่มดวง, 2556) นอกจากนี้ การนั่งฝ่าเท้าประกบกัน และดึงส้นเท้าให้ชิดกับผีเสื้อมาก ที่สุดจะช่วยให้อาการบริเวณอุ้งเชิงกราน (กล้ามเนื้อ Superficial transverse perineal กล้ามเนื้อ Ischiocavernosus กล้ามเนื้อ Bulbocavernosus กล้ามเนื้อ Levator ani และกล้ามเนื้อ Gluteus maximus) ถูกดึงรั้งให้ยืดขยายออกมาทางด้านข้าง (Cunningham et al., 2010) ส่งผลให้แรงต้านต่อการเคลื่อนต่ำ ของส่วนนำลดลง (กาญจนาภรณ์ คงตาน้อย และสุพินดา ศิริจันทร์, 2555) และการกดเข้าจะช่วยให้ข้อ สะโพกและกระดูกหัวหน้าขยายออก ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น (พยุศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา วงศ์มณีวรรณ (2558) ที่ทำการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเปิดของปากมดลูกระหว่างการนั่งท่าผีเสื้อขณะรอคลอดกับท่านอนปกติ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยเวลาเปิดของปากมดลูกในกลุ่มผู้คลอดที่นั่งท่าผีเสื้อแบบสมาธิ เท่ากับ

19.58 นาทีต่อเซนติเมตร และค่าเฉลี่ยของกลุ่มผู้คลอที่นอนปกติ เท่ากับ 29.42 นาทีต่อเซนติเมตร ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การปรับร่างกายให้สมดุลด้วยการจัดทำตามหลักมณีเวช จะแบ่งการจัดสมดุลเป็นตาชั่งบนและตาชั่งล่าง ซึ่งท่ามณีเวชที่ใช้ในที่ปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายในผู้คลอมีรายละเอียดดังนี้

การปรับสมดุลมณีเวชของตาชั่งบน ประกอบด้วยการจัดท่ามณีเวช 4 ท่า ซึ่งการจัดท่าเหล่านี้เป็นการคืนสมดุลสู่กระดูกซึ่งเป็นโครงสร้างหลักของร่างกาย โดยแต่ละท่าจะช่วยปรับกระดูกส่วนต่าง ๆ ให้เข้าที่และทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ผู้คลอสามารถปฏิบัติทั้ง 4 ท่า โดยจัดทำท่าละ 5 ครั้ง เว้นระยะพักแต่ละท่า ท่าละ 2 นาที ในการจัดท่ามณีเวช ท่าที่ 1-4 ผู้คลอสามารถนั่งขัดสมาธิเพื่อเป็นการปรับสมดุลตราชั่งล่างไปพร้อมกันอีกด้วย (กานดา วัชรสินธุ์, 2551)

ท่าที่ 1 ท่าไหว้สวัสดีหรือท่ารำละคร เป็นการปรับสมดุลมณีเวช เริ่มจากนิ้วมือ ฝ่ามือ ข้อมือ ข้อศอกไหล่ กระดูกไหปลาร้า สะบัก และกระดูกสันหลังส่วนคอ เพื่อแก้อาการปวดไหล่ ปวดต้นคอ แก้เวียนศีรษะ (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) โดยปฏิบัติดังนี้

1. ให้ผู้คลออยู่ในท่าเตรียมโดยการนั่งขัดสมาธิ พนมมือไหว้ มือประสานบริเวณกลางหน้าอก โดยให้ข้อมือองตั้งฉากกับแขน กดให้ฝ่ามือแน่นพอควร มือทั้งสองอยู่ห่างหน้าอกเล็กน้อย หายใจเข้าช้าๆ
2. ประสานนิ้วมือทั้ง 2 ข้าง เข้าหากัน ห้ามกำนิ้วโป้ง
3. เขยียดมือทั้งสองข้าง ลงด้านล่างไปตรง ๆ จนข้อศอกตรงทั้งสองข้าง หายใจออกช้า ๆ
4. วาดมือ/ ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะช้า ๆ โดยไม่องข้อศอกยกให้สูงที่สุด มองตามมือ พร้อมหายใจเข้าช้า ๆ ให้เต็มปอด
5. แยกมือสองข้างออกจากกัน กระดกข้อมือตั้งฉากกับแขน คล้ายท่ารำละคร ผายมือทั้งสองไปด้านหลังเท่าที่ทำได้ หายใจออกช้า ๆ พร้อมกับลดแขนลงมาจนแนบกับลำตัว โดยไม่องข้อศอก (ทำซ้ำ 5 ครั้ง)



1. ท่าเตรียม



2. ท่าประสานมือ



3. ยกมือขึ้นเหนือศีรษะ



4. แยกมือสองข้างออกจากกัน



5. ผายมือทั้งสองไปด้านหลังและลดแขนลงแนบลำตัว

ภาพที่ 4 ท่าที่ 1 ท่าไหว้สวัสดีหรือท่าราละคร

ท่าที่ 2 ท่าโม้แป้ง เป็นท่าที่ทำให้ข้อไหล่เปิดออก เพื่อแก้อาการปวดเมื่อยไหล่ และแก้อาการปวดแขน (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) โดยปฏิบัติดังนี้

1. ให้ผู้คลอดอยู่ในท่าเตรียมโดยการนั่งขัดสมาธิ และกำมือทั้งสองตั้งตรงข้างหน้าคล้ายจับท่อนไม้ที่ตั้งฉากกับพื้น ข้อมือทั้งสอง กระดูก เล็กน้อย ยกมือสูงระดับหน้าอก พร้อมกับหายใจเข้าช้า ๆ

2. ดันมือทั้ง 2 ข้าง ไปข้างหน้าตรง ๆ พร้อมกับหายใจออกช้า ๆ

3. เมื่อดันมือจนสุดแขน ให้แยกมือทั้งสองออกจากกันเหมือนเปิดม่าน ข้อศอกตั้ง พร้อมกับหายใจเข้าช้า ๆ

4. เมื่ออ้าแขนออกจากกันจนสุด ให้งอข้อศอก กระทันหันไปด้านหลังแรง ๆ และหมุนเป็นวงกลมเหมือนการโม้แป้งในสมัยก่อน (ทำซ้ำ 5 ครั้ง)



1. ท่าเตรียม



2. ดันมือทั้ง 2 ข้าง ไปข้างหน้า



3. แยกมือทั้งสองออกจากกัน



4. กระทุ้งศอกไปด้านหลัง

ภาพที่ 5 ท่าที่ 2 ท่าโม้แป้ง

ท่าที่ 3 ท่าถอดเสื้อ เป็นท่าที่ยกสะบักให้สูงขึ้น เพื่อแก้อาการปวดต้นคอ อาการเวียนศีรษะ (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) โดยปฏิบัติดังนี้

1. ผู้คลอดอยู่ในท่าเตรียมโดยการนั่งขัดสมาธิ ให้ผู้คลอดทำมือคล้ายการจับชายเสื้อ กำมือสองข้าง ยกแขน กระดกข้อมือเล็กน้อย วางแขนทั้งสองข้างขนานกันในท่าคว่ำมือ และอยู่ระดับเดียวกันบริเวณหน้าอก (ทำครั้งถัดไปให้สลับแขนหน้า-หลัง)
2. ยกแขนสองข้างขึ้นช้า ๆ ให้อยู่เหนือศีรษะ โดยให้แขนสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน อย่าให้แขนแยกจากกันและให้แขนอยู่ระดับเดียวกันจนถึงกลางศีรษะ
3. แขนที่กำออก กระดกข้อมือให้ตั้งฉาก เหมือนท่ารำละคร
4. ชูมือให้สูงสุด แขนแนบหู หลังมือประกบกัน
5. วางแขนสองข้างไปข้างหลัง เหมือนท่ามณีเวชที่ 1 แต่ปลายนิ้วชี้ลงพื้น (ตรงข้ามกับท่ามณีเวชที่ 1 ท่ารำละคร) หายใจออกช้า ๆ ให้ทำต่ออีก 4 ครั้ง โดยสลับแขนซ้าย และขวาให้อยู่ข้างหน้าสลับกัน



1. ท่าเตรียม



2. ยกแขนให้อยู่เหนือศีรษะ



3. วาดแขนสองข้างไปข้างหลัง



4. ปลายนิ้วชี้ลงพื้น

ภาพที่ 6 ท่าที่ 3 ท่าถอดเสื้อ

ท่าที่ 4 ท่าเก็บพลัง สร้างกำลังภายใน เป็นท่าที่ช่วยยืดกล้ามเนื้อคอไหล่และสะบัก และช่วยให้ปอดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) โดยปฏิบัติดังนี้

1. ให้ผู้คลอดอยู่ในท่าเตรียมโดยการนั่งขัดสมาธิ ปล่อยแขน และวางมือคว่ำที่ด้านหน้าไว้ข้างตัว
2. หายใจเข้าลึก ๆ พร้อมยกมือสองข้างขึ้นพร้อมกันช้า ๆ ให้สูงสุด เหยียดแขนให้สุด ข้อศอกตรง
3. งอข้อศอก ออกด้านข้าง ให้ฝ่ามือเลื่อนลงมาตรง ๆ เหมือนลูกกระจกกลงมาถึงระดับไหล่
4. ดันฝ่ามือทั้งสองข้างไปข้างหน้าแรง ๆ พร้อมหายใจออกแรง ๆ เป็นการรักษาสมดุลของไหล่และกระดูกสันหลังส่วนคอให้ตรง และทำให้มีเลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น (ท่าซ้ำ 5 ครั้ง)



1. ท่าเตรียม



2. ยกมือสองข้างขึ้น



3. เลื่อนฝ่ามือลง



4. ดันฝ่ามือไปข้างหน้า

ภาพที่ 7 ท่าที่ 4 ท่าเก็บพลัง สร้างกำลังภายใน

การปรับสมดุลเมธาชาซึ่งต่าง ในผู้คลอดศาสตร์เมธาชาแนะนำให้จัดทำเมธาชาที่ช่วยปรับกระดูกเชิงกรานให้เข้าสู่สมดุล เหมาะสมกับการคลอด 2 ท่า คือ ทำนั่งขัดสมาธิและท่าผีเสื้อ โดยจัดทำทุก 1 ชั่วโมง นานอย่างน้อย 15 นาที (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทำนั่งขัดสมาธิ เป็นท่าที่ช่วยให้โครงสร้างเชิงกรานมีรูปทรงที่สมดุล ไม่บิดเบี้ยว เพื่อให้ข้อสะโพกอยู่ในตำแหน่งที่มั่นคง หัวกระดูกไม่หลุดจากเบ้าสะโพก (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) โดยปฏิบัติดังนี้

1.1 เมื่อนั่งขัดสมาธิ แล้วใช้ฝ่ามือ 2 ข้าง วางบนหัวเข่าเตรียมพร้อมกดเข่า

1.2 ผู้คลอดหายใจเข้าพร้อมยืดตัวตรง ออกแรงกดไปบริเวณหัวเข่า 2 ข้างพร้อมกัน นิ่งไว้นับ 1-3 แล้วหายใจออกพร้อมกับคลายมือออก ทำซ้ำ 3 ครั้ง

1.3 เปลี่ยนข้างขัดสมาธิ โดยวางฝ่ามือ 2 ข้างมาทางด้านหน้า โน้มตัวไปข้างหน้า เหมือนท่าคลานแล้วไขว้เท้าสลับข้างใหม่เพื่อลดการกดทับบริเวณก้นกบ

1.4 นั่งลงเป็นท่าขัดสมาธิ แล้วกดเข่าเช่นเดียวกับข้อ 1.2 ทำซ้ำ 3 ครั้ง



1. นั่งขัดสมาธิ และกอดหัวเข่า



2. เปลี่ยนข้างขัดสมาธิ



3. นั่งลงเป็นท่าขัดสมาธิ

ภาพที่ 8 ท่าที่ 5 ทำนั่งขัดสมาธิ

2. ท่าผีเสื้อ เป็นท่าที่ช่วยให้โครงสร้างเชิงกรานมีรูปทรงที่สมดุล เตรียมพร้อมให้ทารกเคลื่อนตัวเข้าสู่ช่องทางคลอด (กานดา วัชรสินธุ์, 2551) โดยปฏิบัติดังนี้

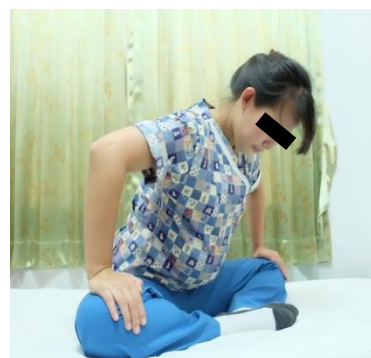
2.1 ผู้คลอดนั่งให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบกัน และดึงฝ่าเท้าทั้งสองข้างเข้าหาตัวมากที่สุด

2.2 นั่งหลังตรง วางฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง บนหัวเข่าเตรียมพร้อมกอดเข่า

2.3 เมื่อเริ่มมีการหดตัวของมดลูกให้ผู้คลอดหายใจเข้าให้เต็มปอด แล้วโน้มตัวไปข้างหน้า 45 องศา พร้อมกับออกแรงกอดเข่าให้ติดพื้น จนกว่า มดลูกคลายตัว หากผู้คลอดไม่สามารถกอดเข่าแนบกับพื้นได้ดี สามารถให้ผู้ดูแลช่วยกอดเข่าได้ หลังจากนั้นผู้คลอดสามารถอยู่ในท่าเดิมหรือเปลี่ยนท่าตามที่คุณคลอดต้องการ



1. ทำนั่งฝ่าเท้าประกบกัน



2. โนม้ตัวไปข้างหน้าพร้อมกดเข้า

ภาพที่ 9 ท่าที่ 6 ท่าผีเสื้อ

โปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำศาสตร์มณีเวชมาใช้กับผู้คลอดพบว่า แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้นำท่ามณีเวชไปใช้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้คลอด โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการคลอดปกติและลดอัตราการส่งต่อใน ระยะคลอด โดยพยาบาลจะดูแลให้ความเข้าใจและเอาใจใส่เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และแนะนำผู้คลอดใช้เทคนิคการหายใจร่วมกับการจัดท่าของผู้คลอดให้สมดุลตามหลักมณีเวช ทั้งทำนั่งและทำนอน ซึ่งจะเน้นทำนั่งเป็นส่วนมาก เพื่อส่งเสริมการหายใจที่ดีและส่งเสริม การเคลื่อนไหวของส่วนนำ โดยจัดให้ผู้คลอดอยู่ในลักษณะลำตัวตรง ขาและเข่าอยู่ในลักษณะเหมือน ปีกผีเสื้อหรือนั่งขัดสมาธิ (สินีลักษณ์ จิรศักดิ์สุนทร, 2557) และยังพบการศึกษาของ วณิดา วงศ์มณีวรรณ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับทำนั่งผีเสื้อแบบมณีเวชต่อการเปิดของปากมดลูกใน ขณะรอคลอด ที่มีการจัดการสอนโดยใช้รูปภาพแสดงการทำผีเสื้อ โดยผู้คลอดนั่งคล้าย ทำนั่งสมาธิ ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบกันและดึงฝ่าเท้าเข้าหาตัวให้มากที่สุด นั่งหลังตรง แขนเหยียด แล้วใช้มือกดเข่าทั้งสองข้างลงแนบกับพื้น โดยเมื่อเริ่มมีการหดตัวของมดลูกให้ผู้คลอดหายใจ เข้าให้เต็มปอด กลั้นหายใจแล้วโน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย ข้อศอกงอและกดเข่าให้ติดพื้น และสามารถให้ผู้ดูแลช่วยกดเข่าได้หากผู้คลอดไม่สามารถกดเข่าให้แนบกับพื้นได้ดี หลังจากนั้น ผู้คลอดสามารถเปลี่ยนอิริยาบถเป็นทำนอนหรือนั่งท่าผีเสื้อได้ตลอดในระยะรอคลอด ขึ้นอยู่กับ ความต้องการของผู้คลอด โดยจัดทำผีเสื้อชั่วโมงละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 10-20 วินาที หรือ 20 นาทีต่อ 1 ครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้าง โปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชตามแนวคิดศาสตร์มณีเวช ของ ประสิทธิ์ มณีจิระปรากฏ (2547) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นรูปแบบ

การพยาบาลที่เกี่ยวกับการจัดทำผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดที่ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ และแบ่งตามระยะรอคลอดและระยะหลังคลอดดังนี้

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เมื่อผู้คลอดได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้คลอดจะได้รับการพยาบาลตามปกติโรงพยาบาล เช่น การสวนอุจจาระ การโกนขนอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้คลอดจะได้รับทราบความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ระยะต่าง ๆ ของการคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอด แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แนวคิดและหลักการของมณีเวช จากนั้นผู้คลอดฝึกการจัดท่ามณีเวชทั้ง 6 ท่า และผู้วิจัยให้ผู้คลอดจัดท่ามณีเวช ท่าที่ 1-4 (ท่าละ 5 ครั้ง) เพื่อเป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายตาชั่งบน หลังจากนั้นผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าตามที่ผู้คลอดต้องการได้ตลอดเวลา

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ผู้คลอดจะได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลและผู้วิจัยให้ผู้คลอดจัดท่ามณีเวช ท่าที่ 5-6 (ท่านั่งขัดสมาธิและท่าผีเสื้อ) โดยจัดทำทุก 1 ชั่วโมง นานอย่างน้อย 15 นาที หลังจากนั้นผู้คลอดสามารถอยู่ในท่าเดิมหรือเปลี่ยนท่าตามที่ผู้คลอดต้องการ

ผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว

และความพึงพอใจต่อการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผลของการจัดทำผู้คลอดโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ซึ่งพบว่าจากการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบอัตราการเปิดของปากมดลูกระหว่างการนั่งท่าผีเสื้อขณะรอคลอดกับท่านอนปกติของ วนิตา วงศ์มณีวรรณ (2558) พบว่า ค่าเฉลี่ยเวลาเปิดของปากมดลูกในผู้คลอดที่นั่งท่าผีเสื้อแบบมณีเวชสั้นกว่าผู้คลอดที่อยู่ท่านอนปกติ 9.84 นาทีต่อเซนติเมตร การศึกษาของ อาลี แซ่เจียว และพยุศรี อุทัยรัตน์ (2560) ที่พบว่าการศึกษาผู้คลอดโดยใช้ศาสตร์มณีเวชสามารถลดระยะเวลาคลอดได้ และการศึกษาของ พยุศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว (2561) ที่พบว่าการใช้ท่ามณีเวชส่งผลให้ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดที่ใช้ท่ามณีเวชร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติสั้นกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชสามารถลดระยะเวลาการคลอดได้ ดังนั้นเมื่อผู้คลอดได้รับ โปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชร่วมกับการพยาบาลตามปกติแล้ว ผู้คลอดน่าจะมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดการพยาบาลตามปกติ และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ผลต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว

การจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชเป็นการจัดท่าในลักษณะลำตัวและศีรษะสูง ฝ่าเท้าประกบกันและดึงสั้นเท้าชิดฝีเย็บให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และเมื่อมีการหดตัวของมดลูกผู้คลอดจะโน้มตัวไปข้างหน้า 45 องศากับแนวดิ่ง ให้ลำตัวเป็นรูปตัวซี (C) พร้อมกับใช้มือกดเข้าทั้งสองข้างให้แนบพื้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งท่านี้กระดูกสันหลังจะมีความลาดเอียงกับพื้นราบจึงมีแรงจากแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยให้การเคลื่อนตัวของ เพิ่มแรงดันภายในโพรงมดลูก และทำให้แนวทางคลอดจากโพรงมดลูกกับช่องทางคลอดเป็นรูปตัว C ดังนั้นแนวแกนของมดลูกและแนวแกนของทารก (Fetal axis) จึงอยู่แนวเดียวกับช่องเข้าของเชิงกราน (Simkin, 2003) ช่วยเพิ่มขนาดช่องออกของเชิงกรานผู้คลอด (Pelvic outlet diameter) 1.5 เซนติเมตร เมื่อเทียบกับท่านอนราบ เนื่องจากกระดูกก้นกบกระดกไปด้านหลังได้อย่างอิสระ (Simkin, 2003) และเพิ่มความกว้างของเส้นผ่านศูนย์กลาง Bispinous 7.6 มิลลิเมตร ทารกจึงเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่าย (Walrath & Glantz, 1996) อีกทั้งเมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมากดที่กล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน แรงกดของส่วนนำจะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณช่องคลอด ทำให้ปมประสาทถูกกระตุ้นทำให้เกิด Ferguson's reflex ทำให้เกิดการหลั่งออกซิโทซิน ส่งผลต่อการหดตัวของมดลูก

นอกจากนี้ทั้งสองท่าเป็นท่าที่ขาและเข่าอยู่ในลักษณะปีกผีเสื้อรวมกับการกดเข้าแนบพื้น ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน คือ กล้ามเนื้อ Superficial transverse perineal กล้ามเนื้อ Ischiocavernosus กล้ามเนื้อ Bulbocavernosus กล้ามเนื้อ Levator ani และกล้ามเนื้อ Gluteus maximus ถูกดึงรั้งให้ยืดขยายออกมาทางด้านข้าง ส่งผลให้แรงต้านต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำลดลง (กาญจนาภรณ์ คงคาน้อย และสุพินตา ศิริจันทร์, 2555) ทำให้การคลอดดำเนินได้ตามปกติ และมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ดังการศึกษาของ กิตติมา คำวงมณี, เยาวเรศ สมทรัพย์, ฐิติพร อิงคदारวงศ์ และศศิกานต์ กาละ (2560) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุคต์มีเวลา ระยะปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุคต์ และการศึกษาของ วณิชาวงศ์มณีวรรณ (2558) ที่ศึกษาผลของการนั่งท่าผีเสื้อต่อการเปิดปากมดลูกในระยะรอคลอด ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่นั่งท่าผีเสื้อแบบมณีเวชมีค่าเฉลี่ยเวลาเปิดของปากมดลูกสั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของ อาลี แซ่เจียว และพยุศรี อุทัยรัตน์ (2560) ที่พบว่า การดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในผู้คลอดสามารถลดระยะเวลาการคลอดของระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พยุศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว (2561) ที่ศึกษาผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อระยะเวลาคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว น้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม

ผลต่อความพึงพอใจต่อการคลอด

โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอด แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช การฝึกการจัดท่ามณีเวช และการจัดท่ามณีเวช ส่งผลทำให้ผู้คลอดรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้คลอดต้องเผชิญในขณะรอคลอด ทำให้ผู้คลอดเข้าใจถึงกระบวนการการคลอด กิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้คลอดต้องได้รับในขณะนอนรอคลอด ซึ่งการศึกษาของ ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโนวรรณ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และชานนท์ เนื่องตัน (2557) ที่พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการคลอดแก่ผู้คลอด ช่วยลดความเชื่อผิด ๆ หรือความกลัว ความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอด มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชจะส่งผลทำให้ระยะคลอด สั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนาน และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นการจากคลอดยาวนาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murray and McKinney (2005) ที่พบว่า หากผู้คลอด มีการคลอดล่าช้าที่นำไปสู่การคลอดยาวนานทำให้ความสามารถการเผชิญความเจ็บครรภ์ลดลง ซึ่งส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบทำให้ความพึงพอใจต่อการคลอดลดน้อยลง แต่หากความก้าวหน้าของการคลอดเป็นไปด้วยดี ระยะการคลอดจะสั้นลง ความสามารถเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดจะดี ทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดดี จะมีความพึงพอใจต่อการคลอดสูงขึ้น และการศึกษาของ Abushaikha (2007) ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนท่าทาง หรือการจัดท่าผู้คลอด นอกจากจะเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของ และเมื่อผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอด สั้นลง รับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในด้านบวก ดังนั้นเมื่อผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีก็จะส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น รวมทั้งการศึกษาของ Ahmar and Tarraf (2014) ที่พบว่า เมื่อผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนาน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรอคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และพึงพอใจต่อการคลอด ดังนั้นเมื่อผู้คลอดได้รับ โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชจะทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดทางบวกและทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง (Comparative experimental design) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552; Burn & Grove, 2001) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (Two-group posttest only design) เนื่องจากตัวแปรตามที่ศึกษาไม่สามารถวัดก่อนการทดลองได้ โดยรูปแบบการวิจัยนี้มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร (Random selection) ซึ่งสามารถเขียนรูปแบบการวิจัยได้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 10

R	X	O ₁	กลุ่มทดลอง
R		O ₂	กลุ่มควบคุม

ภาพที่ 10 รูปแบบการวิจัย

- X หมายถึง โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช
- R หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Random assignment)
- O₁ หมายถึง ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช
- O₂ หมายถึง ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (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. ระดับข้อมดลูกไม่เกิน 35 เซนติเมตร
6. ผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอดโดยธรรมชาติ มีอาการเจ็บครรภ์จริง ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร เมื่อเริ่มต้นทำการศึกษา
7. ผู้คลอดตั้งครรภ์ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เช่น ภาวะซีด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น

และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรอคลอด เช่น ความดันโลหิตสูง ตกเลือดระยะคลอด เป็นต้น
 2. ทารกมีภาวะแทรกซ้อน เช่น Fetal distress, Thick meconium stain เป็นต้น
- การกำหนดขนาดตัวอย่าง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยเรื่อง ผลของการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ของ ขวัญใจ เพทายประกายเพชร และคณะ (2558) งานวิจัยนี้มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดกลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.19 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 1.61 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดกลุ่มควบคุม เท่ากับ 12.18 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.36 ซึ่งนำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพลตามสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ดังนี้

$$d = \frac{\overline{X}_E - \overline{X}_c}{SD_c}$$

$$d = \text{ค่าขนาดอิทธิพล}$$

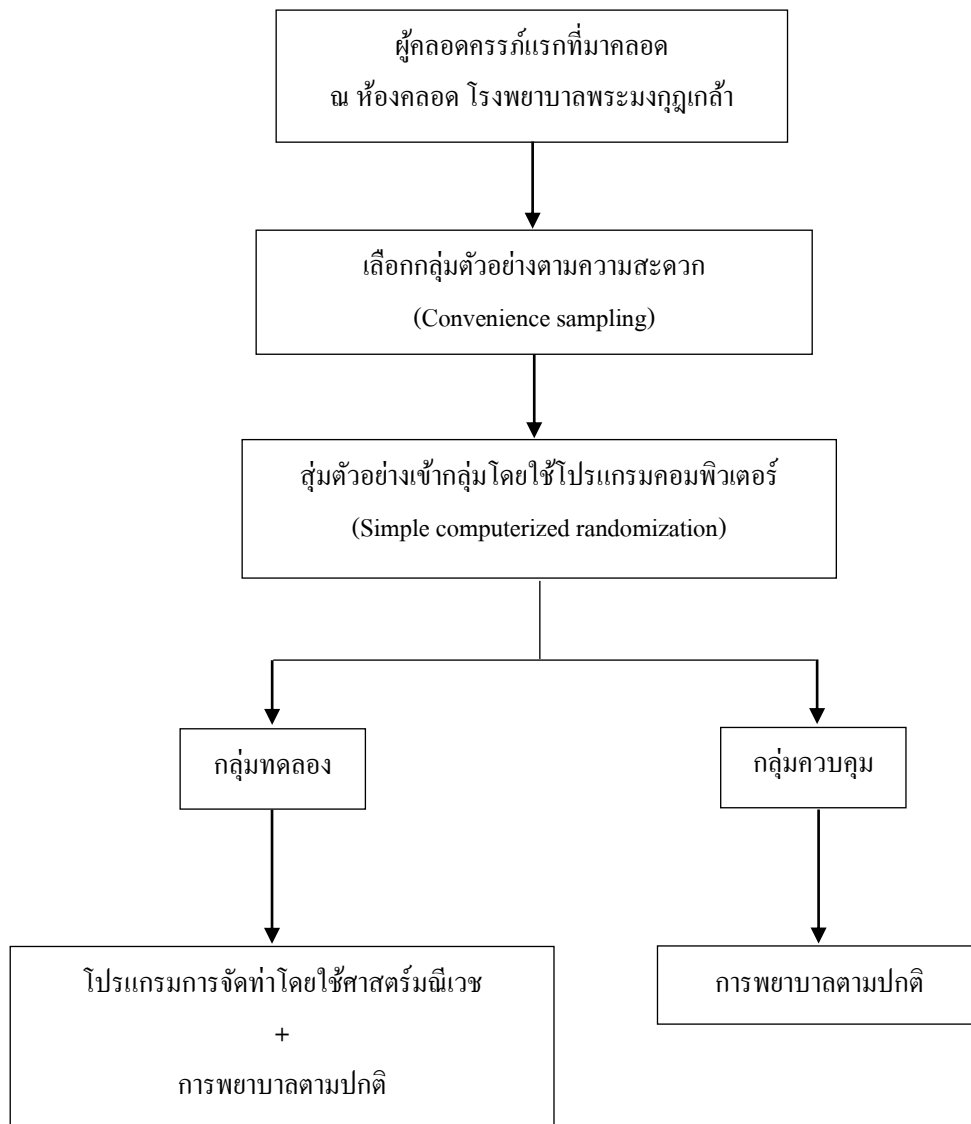
$$\overline{X}_E = \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง}$$

$$\begin{aligned} \overline{X}_c &= \text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม} \\ SD_c &= \text{ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม} \\ \text{นำมาแทนค่าตามสูตร คือ } d &= \frac{5.19 - 12.18}{4.36} \\ &= 1.6 \end{aligned}$$

ซึ่งใกล้เคียงกับค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ คือ .8 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.10 (Erdfeiler, Faul, & Buchner, 2007) งานวิจัยนี้ใช้สถิติ Independent *t*-test เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ย โดยกำหนดค่า Alpha = .05, Power = .8 (Polit & Beck, 2004) ค่าอิทธิพล = .8 และมีการทดสอบแบบทางเดียว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 25 ราย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้คลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย สิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งชี้แจงว่าจะต้องมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หากผู้คลอดยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย แม้ว่าจะสุ่มได้กลุ่มใดก็ตาม ผู้วิจัยจึงขอให้ผู้คลอดลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Simple computerized randomization) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามภาพที่ 11



ภาพที่ 11 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยทำการศึกษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง กลาโหม ขนาด 1,200 เตียง เป็นหน่วยศึกษาของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และแพทย์เฉพาะทาง สูตินรีเวชกรรม มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มาคลอดประมาณ 2,500 รายต่อปี จำนวนผู้คลอด โดยเฉลี่ย 250-300 รายต่อเดือน การวิจัยครั้งนี้ศึกษาที่แผนกห้องคลอด โดยห้องคลอดมีเตียงนอน รอคคลอดทั้งหมด 14 เตียง มีห้องคลอดจำนวน 5 ห้อง เวรเข้ามีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน 5-6 คน ส่วนเวรบ่ายและเวรดึกมีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานเวรละ 3 คน โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการให้การพยาบาลตามปกติดังนี้ เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์และมาที่ห้องคลอด พยาบาลจะพาผู้คลอดไปที่

ห้องรับใหม่ เพื่อซักประวัติ วัดสัญญาณชีพ ฟังเสียงหัวใจทารก ตรวจการหดตัวของมดลูก และตรวจภายในเพื่อประเมินปากมดลูก หากพบว่าปากมดลูกเริ่มเปิดหรือเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง จะรับผู้คลอดไว้ที่ห้องคลอด ระหว่างที่อยู่ในห้องคลอดผู้คลอดจะได้รับคำแนะนำ การปฏิบัติตัวในระยะคลอด ถ้าผู้คลอดที่อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า เจ็บครรภ์ไม่มาก พยาบาลจะให้ ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารอ่อนได้ และงดน้ำงดอาหารเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว พยาบาล จะทำการประเมินการหดตัวของมดลูก สุขภาพทารกในครรภ์อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง และจะทำการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดทุก 2-4 ชั่วโมง ตามความเหมาะสม โดยตั้งแต่รับผู้คลอดไว้ในโรงพยาบาลจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดมีอิสระในการปรับเปลี่ยนท่า ขณะนอนรอคลอดได้ เช่น ท่านอนตะแคง ท่านอนหงาย ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา และเมื่อปากมดลูก เปิดหมด พยาบาลจะย้ายผู้คลอดเข้าไปห้องคลอดเพื่อทำการคลอด เมื่อคลอดเสร็จจะประเมิน ภาวะสุขภาพผู้คลอดเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาทันที ในช่วง 2 ชั่วโมง หลังคลอด และหากไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะย้ายผู้คลอดและทารกไปดูแลต่อที่แผนกหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ที่ประยุกต์ขึ้นจากศาสตร์มณีเวชของ ประสิทธิ์ มณีจิระปรากกร (2547) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและศาสตร์มณีเวช 2) การฝึกการจัดท่ามณีเวช 6 ท่า และ 3) การจัดท่ามณีเวช โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดและศาสตร์มณีเวช ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานการคลอด ระยะต่าง ๆ ของการคลอด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แนวคิดและหลักการของมณีเวช โดยใช้ สื่อ คอมพิวเตอร์ (สไลด์ภาพนิ่ง) รายละเอียดตามแผนการสอนเรื่องการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช (ภาคผนวก ก)

1.1.2 การฝึกการจัดท่ามณีเวช 6 ท่า โดยผู้วิจัยสาธิตท่ามณีเวชทั้ง 6 ท่า และให้ ผู้คลอดฝึกการจัดท่ามณีเวช ใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลือและแนะนำตลอด การฝึก ซึ่งท่ามณีเวชที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 6 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าไหว้สวัสดีหรือ

ท่ารำละคร ท่าที่ 2 ท่าโมแบ่ง ท่าที่ 3 ท่าถอดเสื้อ ท่าที่ 4 ท่าเก็บพลัง สร้างกำลังภายใน ท่าที่ 5 ท่า นั่งขัดสมาธิ และท่าที่ 6 ท่าผีเสื้อ

1.1.3 การจัดท่ามณีเวช โดยในระยะปากมดลูกเปิดช้า จัดท่าที่ 1-4 (ท่าละ 5 ครั้ง) และในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว จัดท่าที่ 5-6 โดยจัดท่าทุก 1 ชั่วโมง นานอย่างน้อย 15 นาที หลังจากนั้นผู้คลอดสามารถอยู่ในท่าเดิมหรือเปลี่ยนท่าตามที่ผู้คลอดต้องการ

1.2 แผนการสอน เรื่อง การจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานการคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช และการจัดทำมณีเวชเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

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 ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับความสูงยอดมดลูก การเปิดของปากมดลูกแรกรับไว้ในการดูแล ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 การแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยา Oxytocin การได้รับยาบรรเทาปวด ชนิดของการคลอด Apgar score น้ำหนักทารก และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด

แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด (The Birth Satisfaction Scale) ของ Hollins-Martin and Fleming (2011) ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความพึงพอใจต่อการคลอด ประกอบด้วยแนวคิดจากเหตุการณ์การคลอดของผู้คลอด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณภาพของการดูแล จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 10, 12, 13, 14, 24, 26, 27, 28) 2) ด้านคุณลักษณะของผู้คลอด จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 11, 15, 16, 17, 25) และ 3) ด้านประสบการณ์ความเครียดระหว่างคลอด จำนวน 14 ข้อ (ข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 29, 30) แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back translation technique) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีคำถามด้านบวก 21 ข้อ และด้านลบ จำนวน 9 ข้อ แบบวัดนี้เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ด้านบวก	ด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 5	ให้คะแนน 1
เห็นด้วย	ให้คะแนน 4	ให้คะแนน 2
ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้คะแนน 3	ให้คะแนน 3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	ให้คะแนน 4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน 1	ให้คะแนน 5

แบบวัดนี้มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรกมีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้คลอดครรภ์แรก มีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกช่วงเวลาการจัดท่ามณีเวช ซึ่งประกอบด้วยช่วงเวลาที่ถูกคลอดจัดท่ามณีเวชท่าที่ 5-6 และท่าอื่น ๆ รวมทั้งความก้าวหน้าของการคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช แผนการสอนเรื่องการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวช และแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านสูติศาสตร์ 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชและแผนการสอนมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ส่วนแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอดผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 04-10-2560 และจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก เลขที่ 153/ 2561 และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

ผู้อำนวยการกองการพยาบาล และหัวหน้าแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ในส่วนของผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมและฝึกการจัดทำมโนเวชจากผู้เชี่ยวชาญด้านศาสตร์มโนเวชจนชำนาญ และได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาการพยาบาลศาสตร์ ก่อนการเก็บข้อมูลวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกห้องคลอด โดยให้ทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ทดลองตอบคำถามเอาใจผู้วิจัย

2. ขั้นตอนการ

2.1 ในช่วงเช้าของแต่ละวัน ผู้วิจัยสอบถามความสนใจของผู้ทดลองที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้แก่ผู้ทดลอง รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หากผู้ทดลองสนใจผู้วิจัยจะให้ผู้ทดลองเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Simple computerized randomization) ซึ่งผู้วิจัยทำไว้ล่วงหน้า และให้ผู้สอนช่วยนำผลการสุ่มใส่ซองปิดผนึกโดยที่ผู้วิจัยไม่ทราบผลในแต่ละซอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเปิดซองปิดผนึกตามลำดับที่ของการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อจะได้ทราบว่าอยู่กลุ่มใด หลังจากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การให้สิ่งทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มโนเวชร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว

2.3.1 โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช

2.3.1.1 ระยะเวลาปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการคลอด และศาสตร์มณีเวช โดยประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานการคลอด ระยะต่าง ๆ ของการคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอด แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด แนวคิด และหลักการมณีเวช จากนั้นผู้คลอดฝึกการจัดท่ามณีเวชทั้ง 6 ท่า และผู้วิจัยดูแลให้ผู้คลอดจัดท่ามณีเวช ท่าที่ 1-4 (ท่าละ 5 ครั้ง) ซึ่งผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าได้ตามที่ผู้คลอดต้องการ เช่น ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ได้ตลอดเวลา

2.3.1.2 ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ผู้วิจัยให้ผู้คลอดจัดท่ามณีเวช ท่าที่ 5-6 (ท่านั่งขัดสมาธิและท่าผีเสื้อ) โดยจัดท่านานอย่างน้อย 15 นาที หลังจากนั้นผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าได้ตามที่ต้องการ โดยจัดทำเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด

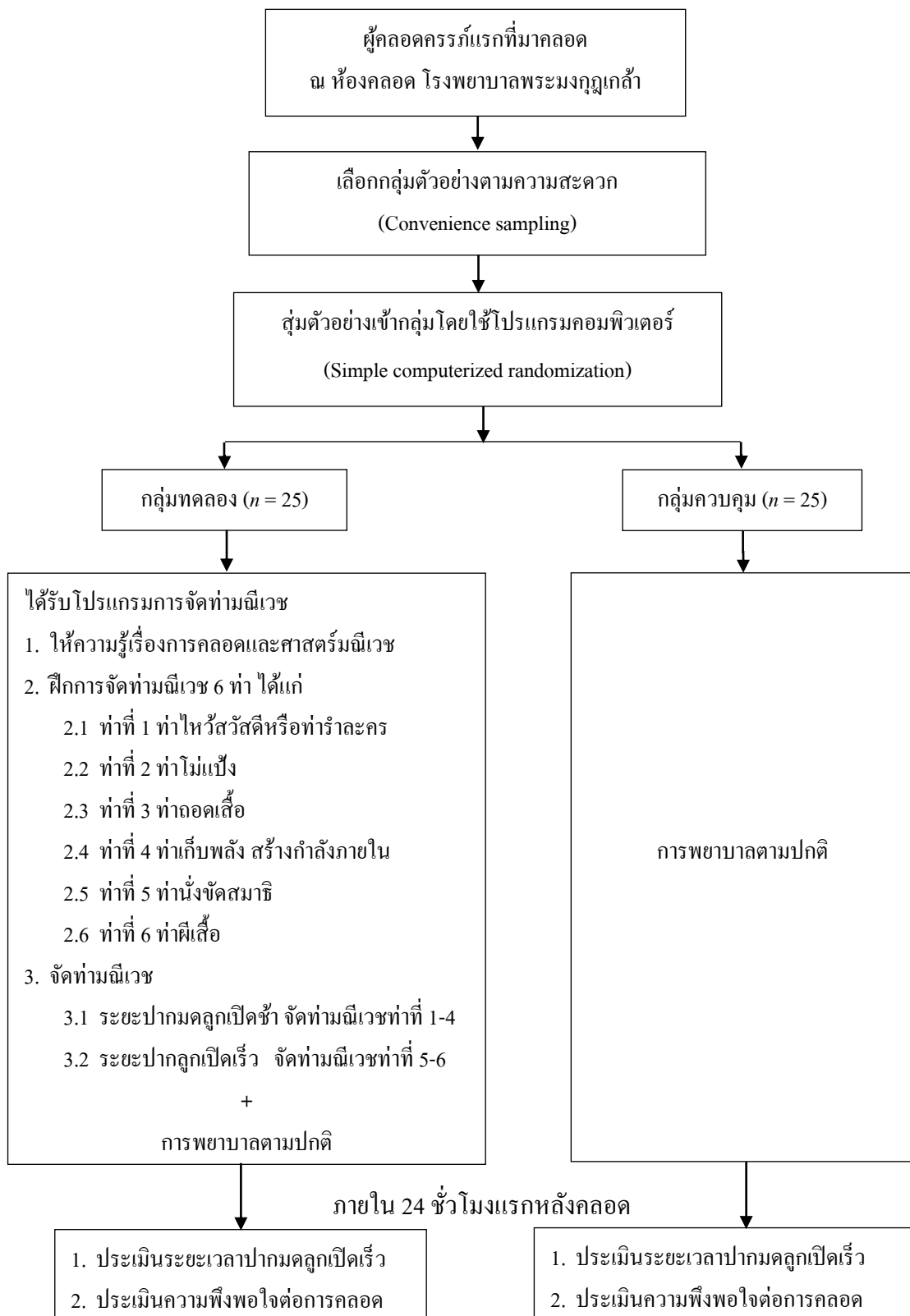
2.3.2 การพยาบาลตามปกติ

2.3.1.1 ระยะเวลาปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เมื่อผู้คลอดได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้คลอดจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้คลอดจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตัว แนวทางการรักษา และสอบถามข้อสงสัยเมื่อเข้ารับการรักษา ผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าตามที่ผู้คลอดต้องการ เช่น ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา

2.3.1.2 ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบาง ร้อยละ 100 ผู้คลอดสามารถเปลี่ยนท่าตามที่ผู้คลอดต้องการได้ เช่น ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง ท่าศีรษะสูง 30-45 องศา จากนั้นสังเกตและบันทึกท่าของผู้คลอดในขณะรอกคลอด และระยะเวลาของระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว

2.4 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม ดังนี้

2.4.1 หลังคลอดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว โดยคำนวณจากระยะเวลาที่เริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วจนถึงเวลาที่ปากมดลูกเปิดหมด และผู้ช่วยวิจัยให้ผู้คลอดตอบแบบวัดประเมินความพึงพอใจต่อการคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยให้ผู้คลอดเป็นผู้ทำแบบวัดความพึงพอใจการคลอดด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด โดยใช้สถิติการแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุและรายได้ของครอบครัว ใช้สถิติทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) ส่วนสถานภาพสมรสและศาสนา ใช้สถิติ Fisher's exact test ระดับการศึกษาและอาชีพ ใช้สถิติไคว์สแควร์ (Chi-square) ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับความสูงข้อมดลูก ปากมดลูกเมื่อแรกรับ ระยะเวลาถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอด และน้ำหนักรกแรกเกิดใช้สถิติทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) ส่วนการแตกของถุงน้ำคร่ำ คะแนนแอฟการ์ในนาที่ที่ 1 ใช้สถิติ Fisher's exact test และคะแนนแอฟการ์ในนาที่ที่ 5 ใช้สถิติไคว์สแควร์ (Chi-square)

3. เปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีแบบอิสระ (Independent *t*-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ส่วนข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย อายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับความสูงข้อมดลูก ปากมดลูกแรกรับการแตกของถุงน้ำคร่ำ น้ำหนักทารกแรกเกิด และคะแนนแอฟการ์นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 รายละเอียดของข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง ($n = 25$) และกลุ่มควบคุม ($n = 25$)

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					$\chi^2 = 1.25$.74
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.00	1	4.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	28.00	4	16.00		
อนุปริญญา/ ปวช./	8	32.00	8	32.00		
ปวส.						
ปริญญาตรีหรือ	9	36.00	12	48.00		
สูงกว่า						
อาชีพ					$\chi^2 = 1.88$.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/	4	16.00	2	8.00		
รัฐวิสาหกิจ						

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t, χ^2 or Fisher's exact test	p -value
	$(n = 25)$		$(n = 25)$			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ของครอบครัว/ เดือน (บาท)					$\chi^2 = 1.47$.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		

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ทดลองกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 มีอายุเฉลี่ย 25.40 ปี ($SD = 4.01$) กลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 มีอายุเฉลี่ย 26.48 ปี ($SD = 3.43$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 96 กลุ่มทดลองทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96 กลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับการศึกษานุปริญญา/ ปวช./ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 32 กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับการศึกษานุปริญญา/ ปวช./ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 32 กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 44 รองลงมาคือประกอบอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็น 40 รองลงมาคือ ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 32 กลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวประมาณ 20,001-30,000 บาท/ เดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมาคือ มีรายได้ของครอบครัวประมาณ 15,001-20,000 บาท/ เดือน คิดเป็นร้อยละ 28 กลุ่มควบคุมประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) มีรายได้ของครอบครัวประมาณ 20,001-30,000 บาท/ เดือน รองลงมาคือ มีรายได้ของครอบครัวประมาณ 15,001-20,000 บาท/ เดือน คิดเป็นร้อยละ 24

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุและรายได้ของครอบครัว ใช้สถิติทีแบบอิสระ (Independent t -test) ส่วนสถานภาพ

สมรสและศาสนา ใช้สถิติ Fisher's exact test ระดับการศึกษาและอาชีพ ใช้สถิติ Chi-square พบว่า
ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลอง ($n = 25$) และกลุ่มควบคุม ($n = 25$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		t, X^2 or	p -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Fisher's exact test	
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		
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (kg/m^2)	$M = 20.18, SD = 1.40$		$M = 21.20, SD = 1.60$		$t = -.56$.58
น้อยกว่า 18.5	4	16.00	3	12.00		
18.50-22.99	17	68.00	18	72.00		
23.00-24.99	4	16.00	4	4.00		
ระดับความสูงขอมดลูก	$M = 34.84, SD = .37$		$M = 34.76, SD = .44$		$t = .69$.49
34 cm.	4	16.00	6	24.00		
35 cm.	21	84.00	19	76.00		
ปากมดลูกเมื่อแรกจับ	$M = 2.96, SD = .68$		$M = 2.84, SD = .62$		$t = .65$.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		
ระยะเวลาถุงน้ำคร่ำแตกเฉลี่ย	348.20 นาที ($SD = 9.31$)		374.00 นาที ($SD = 9.43$)		$t = -1.95$.51
การได้รับยา Oxytocin						
ไม่ได้รับ	25	100.0	25	100.0		
ได้รับ	0	0	0	0		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t, X ² or Fisher's exact test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
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, SD = 177.60			M = 2942.80, SD = 203.07		t = -1.03	.31
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			
คะแนนแอปการ์นาทที่ 1					X 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		
คะแนนแอปการ์นาทที่ 5					Fisher's exact test	1.00
9 คะแนน	22	88.00	22	88.00		
10 คะแนน	3	12.00	3	12.00		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุครรภ์ที่คลอดอยู่ในช่วง 37-38 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 64 มีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 38.24 สัปดาห์ (SD = .88) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ที่คลอดอยู่ในช่วง 37-38 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 76 มีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 38.00 สัปดาห์ (SD = .91) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 18.50-22.9 กก./ม² คิดเป็นร้อยละ 68 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ เท่ากับ 20.18 กก./ม² (SD = 1.40) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 18.50-22.99 กก./ม² คิดเป็นร้อยละ 72 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ เท่ากับ 21.20 กก./ม² (SD = 1.60) กลุ่มทดลองมีระดับความสูงขอมดลูก 35 เซนติเมตร มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84 ระดับความสูงขอมดลูกเฉลี่ย เท่ากับ

34.84 เซนติเมตร ($SD = .37$) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความสูงขอดมดลูก 35 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 76 ระดับความสูงขอดมดลูกเฉลี่ย เท่ากับ 34.76 เซนติเมตร ($SD = .44$) กลุ่มทดลอง ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56) มีการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกจับ ประมาณ 3 เซนติเมตร มีการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกจับเฉลี่ย เท่ากับ 2.96 เซนติเมตร ($SD = .68$) กลุ่มควบคุมมีการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกจับ ประมาณ 3 เซนติเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 มีการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกจับเฉลี่ย เท่ากับ 2.84 เซนติเมตร ($SD = .62$) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ คิดเป็นร้อยละ 92 และ ถุงน้ำแตกเองคิดเป็นร้อยละ 8 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ คิดเป็นร้อยละ 80 และถุงน้ำแตกเอง คิดเป็นร้อยละ 20 ผู้คลอดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งหมด (ร้อยละ 100) ไม่ได้รับยา Oxytocin และยาบรรเทาปวด กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคลอดปกติทุกราย ทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 80 และมีน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ย 2879.20 กรัม ($SD = 177.60$) ทารกแรกเกิดกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,000 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64 และมีน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ย 2942.80 กรัม ($SD = 203.07$) ทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองมีคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 1 เท่ากับ 8 คะแนน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา มีคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 1 เท่ากับ 9 คิดเป็นร้อยละ 40 ทารกแรกเกิดกลุ่มควบคุมมีคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 1 เท่ากับ 8 คะแนน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 ซึ่งคิดเป็นร้อยละเท่ากันกับคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 5 ทารกแรกเกิดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนเท่ากับ 9 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 88 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยอายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ระดับขอดมดลูก ปากมดลูกเมื่อแรกจับ และน้ำหนักทารกแรกเกิดใช้สถิติที่แบบอิสระ Independent t -test ส่วนการแตกของถุงน้ำคร่ำ คะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 1 ใช้สถิติ Fisher's exact test และคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 5 ใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ (Independent t -test) โดยก่อนทำการวิเคราะห์ ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเบื้องต้นของสถิติ Independent t -test ผลการทดสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Fisher skewness coefficient and Fisher kurtosis coefficient พบว่า กลุ่มทดลอง skewness coefficient = $-0.234 / 0.464 = -0.50$ kurtosis coefficient = $-0.225 / 0.902 = -0.25$ และกลุ่ม

ควม skewness coefficient = $-0.832 / 0.464 = -1.79$ kurtosis coefficient = $0.909 / 0.902 = 1.01$ ซึ่งค่า Fisher skewness coefficient and Fisher kurtosis coefficient ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในช่วง -1.96 และ $+1.96$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ 2) ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Levene's test ได้ค่า $p\text{-value} = .77$ ซึ่ง $p > .05$ แสดงว่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน 3) ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน (Independence) โดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่า Durbin-Watson coefficient เท่ากับ 1.89 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง $1.5-2.5$ แสดงว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ (Independent t -test) ผลการทดสอบ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 25$) และกลุ่มควบคุม ($n = 25$) ด้วยสถิติ Independent t -test

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

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วต่ำสุดเท่ากับ 120 นาที และสูงสุดเท่ากับ 310 นาที และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว เท่ากับ 226.40 นาที ($SD = 47.14$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วต่ำสุดเท่ากับ 240 นาที และสูงสุดเท่ากับ 435 นาที และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว เท่ากับ 370.40 นาที ($SD = 47.43$) และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t -test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$ ($t_{48} = -10.77, p = .01$) โดยสั้นกว่า 144 นาที หรือ 2 ชั่วโมง 24 นาที

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ (Independent t -test) โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t -test

ผลการทดสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Fisher skewness coefficient and Fisher kurtosis coefficient พบว่า กลุ่มทดลอง skewness coefficient = $-0.009/0.464 = -0.02$ kurtosis coefficient = $-0.602/0.902 = -0.67$ และกลุ่มควบคุม skewness coefficient = $0.015/0.464 = 0.032$ kurtosis coefficient = $-0.102/0.902 = 0.113$ ซึ่งค่า Fisher skewness coefficient and Fisher kurtosis coefficient ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในช่วง -1.96 และ $+1.96$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ 2) ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Levene's test ได้ค่า p -value = .11 ซึ่ง $p > .05$ แสดงว่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน 3) ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน (Independence) โดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่า Durbin-Watson coefficient เท่ากับ 1.89 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent t -test) ผลการทดสอบ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 25$) และกลุ่มควบคุม ($n = 25$) ด้วยสถิติ Independent t -test

กลุ่ม	n	Min	Max	M	SD	Mean difference	t	df	p -value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	25	117	136	127.16	4.80	23.72	12.79	45	.01
กลุ่มควบคุม	25	89	118	103.44	7.93				

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดต่ำสุดเท่ากับ 117 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 136 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด เท่ากับ 127.16 คะแนน ($SD = 4.80$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดต่ำสุดเท่ากับ 89 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 118 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอด เท่ากับ 103.44 คะแนน ($SD = 7.93$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent t -test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{48} = 12.78, p = .01$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผล หลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช ต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 50 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว และความพึงพอใจต่อการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ (Independent *t*-test) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้คลอดกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 25.40 ปี ($SD = 4.01$) ส่วนกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 26.48 ปี ($SD = 3.43$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส คู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 96 เท่ากัน กลุ่มทดลองทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบ การศึกษาระดับปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 และร้อยละ 48 ตามลำดับ ส่วนการประกอบอาชีพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 และร้อยละ 40 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัว ประมาณ 20,001-30,000 บาท/ เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 และร้อยละ 52 ตามลำดับ

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่างผู้คลอดกลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ย เท่ากับ 38.24 สัปดาห์ ($SD = .88$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย เท่ากับ 38.00 สัปดาห์ ($SD = .91$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ เท่ากับ 20.18 กก./ m^2 ($SD = 1.40$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ เท่ากับ 21.20 กก./ m^2 ($SD = 1.60$) กลุ่มทดลองมีระดับความสูงข้อมดลูกเฉลี่ย เท่ากับ 34.84 เซนติเมตร ($SD = .37$) ส่วนกลุ่มควบคุม มีระดับความสูง ข้อมดลูกเฉลี่ย เท่ากับ 34.76 เซนติเมตร ($SD = .44$) กลุ่มทดลองมีการเปิดของ

ปากมดลูกเมื่อแรกรับเฉลี่ย เท่ากับ 2.96 เซนติเมตร ($SD = .68$) กลุ่มควบคุมมีการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับเฉลี่ย เท่ากับ 2.84 เซนติเมตร ($SD = .62$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ คิดเป็นร้อยละ 92 และร้อยละ 80 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีระยะเวลาถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอดเฉลี่ย 348.20 นาที ($SD = 9.31$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอดเฉลี่ย 374.00 นาที ($SD = 9.43$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคน (ร้อยละ 100) ไม่ได้รับยา Oxytocin และยาบรรเทาปวด และคลอดปกติทุกราย ทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองมีน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ย 2879.20 กรัม ($SD = 177.60$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ย 2942.80 กรัม ($SD = 203.07$) ทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแอฟการ์นาคีที่ 1 เท่ากับ 8 คะแนน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 48 ตามลำดับ ส่วนคะแนนแอฟการ์นาคีที่ 5 ทารกแรกเกิดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนเท่ากับ 9 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 88 เท่ากัน

2. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{48} = -10.77, p = .01$) โดยสั้นกว่า 144 นาที หรือ 2 ชั่วโมง 24 นาที ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{48} = 12.79, p = .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้
สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชท่าที่ 1-4 เป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงบน (ตาชั่งบน) ตั้งแต่เหนือเอวขึ้นไป ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ส่วนท่าที่ 5-6 เป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงล่าง (ตาชั่งล่าง) ตั้งแต่ระดับเอวลงมาสะโพก เขิงกรานและระยางค์ทั้ง 2 ข้าง สำหรับทำนั้งขัดสมาธิและท่าผีเสื้อเป็นการจัดสมดุลโครงสร้างของเขิงกรานให้มีรูปทรงที่สมดุล

ไม่บิดเบี้ยว และช่วยให้ช่องทางคลอดเหมาะสมในการคลอด ท่ามณีเวชเป็นการจัดทำในลักษณะ ลำตัวและศีรษะสูง ฝ่าเท้าประกบกันและดึงสั้นเท้าซิดฟีเย็บให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และเมื่อมีการหดตัวของมดลูกผู้คลอดจะโน้มตัวไปข้างหน้า 45 องศากับแนวดิ่ง ให้ลำตัวเป็นรูปตัวซี (C) พร้อมกับใช้มือ กดเข้าทั้งสองข้างให้แนบพื้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งทำนี้กระดูกสันหลังจะมีความลาดเอียงกับพื้นราบจึงมีแรงจากแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยให้การเคลื่อนต่ำของ เพิ่มแรงดันภายในโพรงมดลูก และทำให้แนวทางคลอดจากโพรงมดลูกกับช่องทางคลอดเป็นรูปตัว C ดังนั้นแนวแกนของมดลูกและแนวแกนของทารก (Fetal axis) จึงอยู่แนวเดียวกับช่องเข้าของเชิงกราน (Simkin, 2003) ช่วยเพิ่มขนาดช่องออกของเชิงกรานผู้คลอด (Pelvic outlet diameter) 1.5 เซนติเมตร เมื่อเทียบกับ ท่านอนราบ เนื่องจากกระดูกก้นกบกระดกไปด้านหลังได้อย่างอิสระ (Simkin, 2003) และเพิ่มความกว้างของเส้นผ่านศูนย์กลาง Bispinous 7.6 มิลลิเมตร ทารกจึงเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่าย (Walrath & Glantz, 1998 อ้างถึงใน ศศิธร พุ่มดวง, 2556) อีกทั้งเมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมากดที่กล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน แรงกดของส่วนนำจะกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณช่องคลอด ทำให้ปมประสาทถูกกระตุ้นทำให้เกิด Ferguson's reflex ทำให้เกิดการหลั่งออกซิโทซิน ส่งผลต่อการหดตัวของมดลูก และลักษณะขาและเข้าอยู่ในลักษณะ ปีกผีเสื้อรวมกับการกดเข้าแนบพื้น ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน ได้แก่ กล้ามเนื้อ Superficial transverse perineal กล้ามเนื้อ Ischiocavernosus กล้ามเนื้อ Bulbocavernosus กล้ามเนื้อ Levator ani และกล้ามเนื้อ Gluteus maximus ถูกดึงรั้งให้ยืดขยายออกมาทางด้านข้าง ส่งผลให้แรงต้านต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำลดลง (กาญจนาภรณ์ คงตาน้อย และสุพินดา ศิริจันทร์, 2555) ทำให้การคลอดดำเนินได้ตามปกติและมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมา ดั่งมณี, เขาวเรศ สมทรัพย์, จูติพร อิงคถาวรวงศ์ และศศิกันต์ กาละ (2560) ที่ศึกษาผลของการจัดทำผีเสื้อประยุกต์ต่อระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า การจัดทำผีเสื้อประยุกต์ทำให้ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นลง และการศึกษาของ วณิดา วงศ์มณีวรรณ (2558) ที่ศึกษาผลของการนั่งท่าผีเสื้อต่อการเปิดปากมดลูกในระยะรอคลอด ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่นั่งท่าผีเสื้อแบบมณีเวชมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาเปิดของปากมดลูกสั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของ อาลี แซ่เจียว และพวงศรี อุทัยรัตน์ (2560) ที่พบว่าการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในผู้คลอดสามารถลดระยะเวลาการคลอดของระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว (2561) ที่ศึกษาผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อระยะเวลาคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชประกอบด้วยทำให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอด แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช การฝึกการจัดท่ามณีเวชและการจัดท่ามณีเวช ส่งผลทำให้ผู้คลอดรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผู้คลอดต้องเผชิญในขณะที่รอคลอด ทำให้ผู้คลอดเข้าใจถึงกระบวนการการคลอด กิจกรรมทางการพยาบาลที่ต้องได้รับในขณะที่นอนรอคลอด นอกจากนี้โปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชยังส่งผลให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนาน จะทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอด

ผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Murray and McKinney (2005) ที่พบว่า หากผู้คลอดมีการคลอดล่าช้าที่นำไปสู่การคลอดยาวนานทำให้ความสามารถการเผชิญความเจ็บครรภ์ลดลง ซึ่งส่งผลให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ ทำให้ความพึงพอใจต่อการคลอดลดน้อยลง แต่หากความก้าวหน้าของการคลอดเป็นไปด้วยดี ระยะเวลาการคลอดสั้นลง ความสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดจะดี ทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปในทางที่ดีและส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดสูงขึ้น และการศึกษาของ Abushaikha (2007) ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนท่าทาง หรือการจัดท่าผู้คลอด นอกจากจะเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง ยังทำให้ผู้คลอดรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในด้านบวก และเมื่อผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี ก็จะส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น รวมทั้งการศึกษาของ Ahmar and Tarraf (2014) ที่พบว่าเมื่อผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนานและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรอคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการคลอด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชส่งผลให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง และมีความพึงพอใจต่อการคลอดมาก

ขึ้น ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้พยาบาลแผนกห้องคลอดนำโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องคลอดควรนำโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดขณะรอคลอด เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอด

3. ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาลสามารถนำความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชไปประยุกต์ใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดขณะฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชในผู้คลอดกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป เช่น ผู้คลอดที่มีแนวโน้มการคลอดล่าช้า ผู้คลอดตั้งครรภ์อายุมาก เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความมั่นใจในการคลอด ความสุขสบายในระยะคลอด เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กาญจนา โกทิยะ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2559). การบริหารร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(3), 154-167.
- กาญจนาฏ คงน้อย และสุพินดา ศิริจันทร์. (2555). โยคะสำหรับหญิงตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: เอ็นย์ ดีไซน์.
- กานดา วัชรสินธุ์. (2551). ภาวะวิภาคแบบมีชีวิตและแนวทางการจัดสมดุลงาน. *วารสารงานวิจัย*, 1(1), 85-92.
- กิตติมา ค้างมณี, เขวเรศ สมทรัพย์, จูติพร อิงคถาวรวงศ์ และศศิกานต์ กาละ. (2560). ผลของการจัดทำฝึกลูกต่อความปวดและเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(1), 35-49.
- ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ณวิวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุวัฒน์กร. (2558). ผลของการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(2), 52-62.
- จิราพร วรวงศ์. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2: ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (2544). *หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง*. เชียงใหม่: แพร่การพิมพ์.
- ชนิดาภา เนียมปัสชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุพรรณ อึ้งปัญญาตวงศ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด และความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 56-64.
- จูติพร อิงคถาวรวงศ์. (2540). *อันตรายในระยะคลอดการประเมินและการพยาบาล*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยสีวามงคล. (2554). ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจ การสูดหน้าท้องและการนวดก้นกบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(1), 31-39.
- ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, นริชชญา หาดแก้ว และจันทมาศ เสาวรส. (2557). การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วด้วยวิธีการควบคุมการหายใจกับวิธีการอยู่ในท่าที่เหมาะสม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 25(2), 14-25.

- ธีระ ทองสง. (2555). *สูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ถักขมีถัก.
- นภคณ นิงสานนท์. (2554). มณีเวช...เพื่อชีวิตง่าย ๆ สบาย ๆ. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 3(5), 1-13.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประสิทธิ์ มณีจิระประการ (ผู้บรรยาย). (2547). *การจัดกระดุกแบบโบราณของไทย-จีน-อินเดีย*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- พยุศรี อุทัยรัตน์. (2552). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พยุศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว. (2561). ผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(1), 791-804.
- พริยา ศุภศรี. (2551). *การพยาบาลในระยะคลอด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- มณีวรรณ ยุระชัย, เอมพร รตินทร, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร และนิตยา สิ้นสุกใส. (2552). ผลของวิธีแบ่งแบบควบคุมกับวิธีแบ่งแบบธรรมชาติต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดที่เขียนในระยะหลังคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(3), 27-36.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2558). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์และระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา วงศ์มณีวรรณ. (2558). การนั่งท่าผีเสื้อต่อการเปิดปากมดลูกในขณะระอคลอด. *วารสารวิชาการเขต 12*, 26(2), 51-54.
- วัลภา บินสมประสงค์. (2545). ปวดหลังขณะตั้งครรภ์: การดูแลตนเองและการป้องกัน. *วารสารศูนย์บริการวิชาการ*, 10(2), 24-31.

- วาริวรรณ ศิริวาณิชย์, มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, คณิณนิตย์ พงษ์สุวรรณ, กัลยา พันธุ์ และภรณ์ชูดานาสวาสดี. (2555). ความพึงพอใจที่มีต่อมารดาที่มีต่อการพยาบาลในระยะคลอดที่ได้รับจากนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีนครราชสีมา. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(4), 40-47.
- วิทวัส สิทธิวัชรพงศ์ และวิจิตร บุญยะโทตระ. (2555). *ประสิทธิผลของการบริหารร่างกายแบบมณีเวช เพื่อลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานในกลุ่มพนักงานออฟฟิศ*. วิทยานิพนธ์แพทยศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- ศศิธร พุมดวง. (2549). รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(1), 59-63.
- ศศิธร พุมดวง. (2551). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อัดลายด์เพรส.
- ศศิธร พุมดวง. (2556). *สูติศาสตร์ระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: เค ก้อปปี.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- ศิริวรรณ ยืนยง และนางนภัสร์ รักไทย. (2554). ผลจากการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 67-82.
- ศิวพร สุกเพชร, นันทนา ธนาโนวรรณ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และชานนท์ เนื่องตัน. (2557). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(3), 42-54.
- สมปอง ศรีอุไร, รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และอาภา หวังสุขไพศาล. (2559). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อประสบการณ์การคลอดตามการรับรู้ของหญิงในระยะคลอด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(1), 21-44.
- ลินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร. (2557). คลอดง่าย ๆ สบาย ๆ สไตล์มณีเวช. *วารสารสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี*, 8(1), 8-16.
- สุกัญญา ปรีสัญญากุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2550). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุกัญญา ปรีชญญกุล, จวี เบาทรวง และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี. (2556). ปัจจัยทำนายการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกของสตรี. *พยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ), 84-93.
- สุกุมลย์ สอนเต่า และมณีนีรัตน์ ภัทรจินดา. (2556). ผลของการจัดทำศีรษะสูงโดยการโน้มตัวไปด้านหน้าโอบกอดลูกบอลสลับท่ากึ่งนั่ง 45 องศาต่อระยะเวลาในการคลอดใน Active Phase. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(4), 108-114.
- สุชาดา รัชชกุล. (2550). ผลลัพธ์ของการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดโดยการเร่งคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(2), 44-59.
- สุชชา ลีอวรรณ และธีระ ทองสง. (2555). การดูแลระยะคลอดและการช่วยคลอดสูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ลักขมี่รุ่ง.
- อาทิตยา เพิ่มสุข. (2550). ผลของการสนับสนุนในระยะรอกคลอด โดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาลี แซ่เจียว และพยุศรี อุทัยรัตน์. (2560). การพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(2), 325-337.
- อำพร โอนอ่อน, วัชรวัฒน์ วนเกียรติ, พรทิพย์ รongเลื่อน, เนตรนภา เหมเปา และสุวิมล ทิศา. (2550). การจัดทำคลอดต่อระยะเวลาของการคลอดและสภาวะทารกแรกเกิด. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 1(1), 25-36.
- อุบลรัตน์ สุทธิวิชศักดิ์. (2551). ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ระยะเวลาของการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงรอกคลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุสาห์ สุภรพันธ์. (2548). การพยาบาลมารดาเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด. ขอนแก่น: คลังนานา.
- Abushaikha, L. A. (2007). Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 35-40.
- Albers, L. L. (2007). The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labour. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52, 207-215.

- Andrews, C. M., & Chrzanowski, M. (1990). Maternal position, labour, and comfort. *Applied Nursing Research*, 3(1), 7-13.
- Ahmar, E., & Tarraf, S. (2014). Assessment of the socio-demographic factors associated with the satisfaction related to the childbirth experience. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4(1), 585-611.
- Baker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 492-497.
- Bramadat, I. J., & Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth*, 20(1), 22-29.
- Brislin, R. W. (1970). Back translation for the cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
- Caballero, P., Delgado-García, B. E., Orts-Cortes, I., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., & Nolasco, A. (2016). Validation of the spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 1-10.
- Clark, A. L., Affonso, D. D., & Harris, T. R. (1993). *Childbearing: A nursing perspective* (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2001). *Williams obstetrics* (21st ed.). Singapore: McGraw-Hill.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2010). *Williams obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). Singapore: McGraw-Hill.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavioral Research Method*, 39(2), 175-191.
- Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2003). *Myles text book for midwives* (14th ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.

- Gupta, J. K., & Nikodem, V. C. (2000). Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 92(2), 273-7.
- Gupta, S., Kumar, G. A., & Singhal, H. (2006). Acute pain-labour analgesia. *Indian Journal of Anaesthesia*, 50(5), 363-369.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 18(4), 260-267.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 18(5), 160-172.
- Hollins-Martin, C., & Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124-135.
- Hollins-Martin, C., Snowden, A., & Colin R. (2012). Martin Concurrent analysis: Validation of the domains within the Birth Satisfaction Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(3), 247-260.
- Lomas, J., Dore, S., Enkin, M., & Mitchell, A. (1987). The labor and delivery satisfaction index: The development and evaluation of a soft outcome measure. *Birth*, 14(3), 125-129.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Collaboration*, 9(10), 48-56.
- Leah, L., Albers, D. A., Daniels, S. M., Hunter, C., Kay, D., & Teaf, S. D. (1997). The relationship of ambulation in labor to operative delivery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(1), 4-8.
- Lederman, R. P. (1979). The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamine and plasma cortisol to progress in labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132(64), 495-500.
- Lilford, R. J., Glanville, J. N., Gupta, J. K., Shrestha, R., & Johnson, N. (1989). The action of squatting in the early postnatal period marginally increases pelvic dimensions. *The British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96(8), 964-6.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(suppl. 5), s16-s24.
- Magadi, M., Madise, N., & Diamond, I. (2001). Factor associated with unfavourable birth outcomes in Kenya. *Journal of Biosocial Science*, 33(2), 199-225.

- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas's perception of vaginal and cesarean births. *Nursing Research, 28*(5), 260-266.
- Mercer, R. (1985). Relationship of the birth experience to later mothering behaviors. *Journal of Nurse-Midwife, 30*(4), 204.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2007). Upright position during the first stage of labor: A randomised controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica, 86*(5), 553-558.
- Murray, S. M., & McKinney, E. S. (2005). *Foundations of maternal-newborn nursing* (4th ed.). New York: Lippincott.
- Nichols, H. F., Humenick, S. S. (2002). *Childbirth education: Practice, research and theory* (2nd ed.). New York: Saunders.
- Nichols, H. F., & Gennaro, S. (2000). *The childbirth experience*. Philadelphia: Evolve.
- Olds, S. B., London, M. L., & Ladewig, P. A. (2000). *Maternal newborn nursing: A family and community-based approach* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childbearing family* (6th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins
- Redshaw, M., & Akker, O. V. (2008). Understanding factors which can influence the experience of pregnancy and childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 39*(2), 71-73.
- Simkin, P. (2003). Maternal positions and pelvis revisited. *Birth, 30*(2), 130-132.
- Souza, J. P., Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2006). Maternal position during the first stage of labor: A systematic review. *Reproductive Health, 3*(1), 1-9.
- Stewart, P., & Calder, A. A. (1984). Posture in labour: Patients' choice and its effect on performance. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 91*(11), 1091-1095.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A Negative birth experience: Prevalence and risk factors in a nation sample. *Birth, 31*(1), 17-28.

- Walrath, D. E., & Glantz, M. M. (1996). Sexual dimorphism in the pelvic mid plane and its relationship to neanderthal reproductive patterns. *American Journal of Physical Anthropology*, 100(1), 89-100.
- Walsh, L. V. (2001). *Midwifery community-based care during the childbearing year*. Philadelphia: W. B. Saunders .
- Zwelling, E. (2010). Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 35(2), 72-78.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว
และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-10-2560

ชื่อผู้วิจัย ร้อยเอกหญิง จงสฤษฎ์ มั่นคิด

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด
ของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชกับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับ
การพยาบาลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอด
บุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ เข้าร่วม
กิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ท่านจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ
การคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และการจัด
ท่ามณีเวชเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ครั้งที่ 2
การจัดท่ามณีเวชเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดในระยะรอคลอด ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ
15 นาที/ ชั่วโมง และตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถามมี
จำนวน 1 ชุด คือ แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที
โดยท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่อย่างใด ทั้งนี้ ดิฉัน ขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถาม
เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอด

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะทำให้ระยะเวลาการคลอดของท่านสั้นลง
และเกิดความพึงพอใจต่อการคลอด อันจะส่งผลในการนำโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช
ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดอื่น ๆ ต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ ร้อยเอกหญิง จงศฤงฆ์ มั่นศีล หมายเลขโทรศัพท์ 063-559-9563 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 096-885-5202

ร้อยเอกหญิง จงศฤงฆ์ มั่นศีล
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว
และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-10-2560

ชื่อผู้วิจัย ร้อยเอกหญิง จงสฤษฎ์ มั่นคิด

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอดของผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชกับผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที หลังจากที่ท่านได้รับการดูแลตามปกติจากห้องคลอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเสร็จสิ้น

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ อาจจะไม่เกิดประโยชน์ต่อท่าน โดยตรง แต่ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดอื่น ๆ ในระยะรอคลอดต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจ

ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร เรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ ร้อยเอกหญิง จงศฤงษ์ มั่นคิด หมายเลขโทรศัพท์ 063-559-9563 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 096-885-5202

ร้อยเอกหญิง จงศฤงษ์ มั่นคิด
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อ
ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย
ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้า
มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วม
การวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/

ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอด
ในผู้คลอดครรภ์แรก

Effects of Positioning by Using Maneevedha Knowledge Program on Duration of Active Labor and Satisfaction for
Childbirth among Primiparous Women

ชื่อนิติ ร้อยเอกหญิงจตุษฎ์ มั่นคิด

รหัสประจำตัวนิติ 58920243 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 04 - 10 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้คลอดครรภ์แรก จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 50 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ

ห้องคลอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 23 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

317/5ถนน ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์, (662) 763-4297, (662) 763-4270โทรสาร (662) 354-9011

www.irbta.pmk.ac.th, www.amed.go.th/rtamed/irbta/ E-mail: irbta@yahoo.com, irbta@amed.go.th

ที่ IRBTA 163 /2561

๕ กุมภาพันธ์ 2561

เรื่อง ขอชี้แจงการดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง

เรียน ร้อยเอกหญิง จงสฤษฎ์ มั่นศีล

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรม ฉบับที่ 2 วันที่ 31 มกราคม 2561 (Q036q/60) เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจ ต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก” [Effects of Positioning by Using Maneeveda Knowledge Program on Duration of Active Labor and Satisfaction for Childbirth among Primiparous Women] นั้น คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณารับรองโครงการวิจัย เมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2561 ระยะเวลาการรับรอง 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ได้รับการรับรองโครงการวิจัย และความถี่ในการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี ผู้วิจัยกรุณาส่งรายงานความก้าวหน้างานวิจัย ภายใน 1 เดือน ก่อนหมดอายุการรับรอง เพื่อพิจารณาการรับรองต่อเนื่องคณะอนุกรรมการฯ ขอชี้แจงเกี่ยวกับการส่งรายงานต่างๆ มายังคณะอนุกรรมการฯ ดังนี้

- (1) แบบรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment) (RF 02_2560) เมื่อมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องส่งโครงการวิจัยที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อแจ้งให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการตามที่ได้แก้ไขเพิ่มเติม (ยกเว้นในกรณีที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมนั้นกระทำเพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร)
- (2) รายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (Progress report) (RF 03_2560) ผู้วิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยตามระยะเวลาที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนดและอย่างน้อย 30 วัน ก่อนหมดอายุการรับรอง ในกรณีที่การวิจัยยังไม่สิ้นสุด ผู้วิจัยต้องส่งจดหมายขอต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย
- (3) รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (RF 04_1_2560 หรือ RF 04_2_2560) เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงให้รายงานตามข้อกำหนดของ ICH GCP
- (4) รายงานไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (RF 05_2560) เมื่อมีการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง
- (5) รายงานสรุปผลการวิจัย (Final report) (RF 06_2560) และบทคัดย่อภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษเมื่อการวิจัยสิ้นสุดแล้ว

หมายเหตุ สามารถ Download แบบรายงานต่างๆ ได้ที่ <http://www.irbta.pmk.ac.th>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(แสงแข ขำนาญวานกิจ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

กรมแพทยทหารบก



คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

317/5 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ที่ IRBRTA.....๑๕๓ /2561

รหัสโครงการ: Q036q/60

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก
[Effects of Positioning by Using Maneeveda Knowledge Program on Duration of Active Labor and Satisfaction for Childbirth among Primiparous Women]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: ร้อยเอกหญิง จงสฤษฎ์ มั่นศีล

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

- (1) แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 31 มกราคม 2561
- (2) โครงการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 31 มกราคม 2561
- (3) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 26 มกราคม 2561
- (4) แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 31 มกราคม 2561
- (5) ประวัติผู้วิจัย ร.อ.หญิงจงสฤษฎ์ มั่นศีล ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 31 มกราคม 2561
- (6) ประวัติที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 31 มกราคม 2561
- (7) ประวัติที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.พิริยา ศุภศรี ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 31 มกราคม 2561

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบกว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ รายงานเบลมองค์แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH GCP)

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 1 กุมภาพันธ์ 2561

วันสิ้นสุดการรับรอง: 31 มกราคม 2562

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 1 ปี

พันเอกหญิง

(แสงแข ขำนาญวนกิจ)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย
กรมแพทย์ทหารบก

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช

ระยะ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	ผลการประเมิน
ห้องรอกลอด /ระยะปาก มดลูกเปิดช้า (Latent phase)	- เพื่อให้ผู้ คลอดมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ การคลอด ระยะต่าง ๆ ของการคลอด ปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับ การคลอด แนวทาง การส่งเสริม ความก้าวหน้า ของการคลอด แนวคิด และหลักการ ศาสตร์มณีเวช	- ผู้วิจัยบรรยาย ความรู้พื้นฐาน เกี่ยวกับการคลอด ระยะต่าง ๆ ของ การคลอดปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับ การคลอด แนวทาง การส่งเสริม ความก้าวหน้าของ การคลอด แนวคิด และหลักการ ศาสตร์มณีเวช - ...	15 นาที	สไลด์ภาพนิ่ง	- การจัดทำให้ผู้ คลอดเป็นบทบาท อิสระของพยาบาล ท่าของผู้คลอดมี ผลต่อสรีรวิทยา ของผู้คลอด และกลไก การคลอดทารก ระยะเวลาใน การบางและเปิด ขยายของปาก มดลูก (อุบลรัตน์ สุทธีวิชศักดิ์, 2551) - ...
.....

แผนการสอน เรื่อง “การจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคลอด แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช
2. เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวช
3. เพื่อให้ผู้คลอดสามารถปฏิบัติท่ามณีเวชตามที่สามารถทำได้

เนื้อหาในการสอน

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด
3. แนวทางการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด
4. แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช
5. การจัดทำมณีเวชเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

สื่อการสอน

สื่อคอมพิวเตอร์ (สไลด์ภาพนิ่ง)

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

การคัดเข้า

สถานที่

ห้องคลอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้รับผิดชอบ

ร้อยเอกหญิง จงสฤษฏ์ มั่นคิด นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

มหาวิทยาลัยบูรพา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้	ประเมินผล
.....

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดทำโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว
และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก”

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการจัดทำ
โดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอด
ครรภ์แรก มีทั้งหมด 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลตั้งครรภ์และการคลอด จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกช่วงเวลาการจัดทำมณีเวชในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
 - คู่
 - หย่าร้าง/ หม้าย
3. ศาสนา
 - พุทธ
 - อิสลาม
 - คริสต์
 - อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> ปวช./ ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี/ สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> เกษตรกร	<input type="checkbox"/> ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....		
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ≤ 5,000 บาท	<input type="checkbox"/> 5,000-10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 10,001-15,000 บาท	<input type="checkbox"/> 15,001-20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 20,001-30,000 บาท	<input type="checkbox"/> ≥ 30,001 บาท

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

1. วันที่รับไว้ในการดูแล.....เวลา.....น.
2. ประวัติการตั้งครรภ์
 - อายุครรภ์.....สัปดาห์
 - G.....P.....A.....L.....
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์.....กก./ม²
4. ระดับความสูงยอดมดลูก.....เซนติเมตร
5. การเปิดของปากมดลูกแรกรับไว้ในการดูแล Cervix dilation....cm. Effacement....% Station....
6. ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1
 - เริ่มเจ็บครรภ์จริงเวลา.....น. (วันที่.....)
 - เริ่มระยะ Active phase เวลา.....น. ระยะปากมดลูกเปิดช้า.....ชั่วโมง.....นาที
 - ปากมดลูกเปิดหมด เวลา.....น. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว.....ชั่วโมง.....นาที
7. การแตกของถุงน้ำคร่ำ
 - SRM เวลา.....น. (วันที่.....)
 - ARM เวลา.....น. (วันที่.....)
 ลักษณะน้ำคร่ำ

<input type="checkbox"/> Clear	<input type="checkbox"/> Mild meconium
<input type="checkbox"/> Moderate meconium	<input type="checkbox"/> Thick meconium
8. การได้รับยา Oxytocin
 - ไม่ได้รับ
 - ได้รับ เวลา.....น.
9. การได้รับยาบรรเทาปวด
 - ไม่ได้รับ
 - ได้รับ ระบุ..... ได้รับเวลา.....น.
10. ชนิดของการคลอด

<input type="checkbox"/> NL	<input type="checkbox"/> C/S
<input type="checkbox"/> F/E	<input type="checkbox"/> V/E ระบุข้อบ่งชี้.....
11. Apgar score

นาทีที่ 1 นาทีที่ 5

12. น้ำหนักทารก.....กรัม

13. ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกหลังคลอด

ไม่มี

มี ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจต่อการคลอด

คำชี้แจง แบบวัดนี้เป็นวัดความพึงพอใจต่อการคลอดของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความและพิจารณาทีละข้อ โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ของแต่ละข้อคำถามที่ท่านเห็นว่าตรงกับระดับความรู้สึกรของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

หมายเลข 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง

หมายเลข 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วย

หมายเลข 3 หมายถึง ท่านค่อนข้างเห็นด้วย

หมายเลข 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย

หมายเลข 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ค่อนข้างเห็นด้วย (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)
1. ฉันสามารถเผชิญต่อการคลอดได้ดี					
2. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดสนับสนุนให้ฉันตัดสินใจว่าต้องการให้การคลอดดำเนินไปอย่างไร					
3. ฉันเตรียมตัวเพื่อการคลอดเป็นอย่างดี เช่น อ่านหนังสือ เข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่					
. ...					
. ...					
. ...					
28. ห้องคลอดสะอาดและถูกสุขลักษณะ					
29. การคลอดเป็นความเจ็บปวดอย่างไม่น่าเชื่อ					
30. การคลอดไม่ได้เจ็บปวดมากอย่างที่ฉันคิด					

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. พันเอกแพทย์หญิงปริศนา พานิชกุล รองผู้อำนวยการกองสูตินรีเวชกรรม (หน่วยเวชศาสตร์ มารดาและทารก) โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. รองศาสตราจารย์ ดร.มณีรัตน์ ภัทรจินดา อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์ อาจารย์ประจำ กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. พันเอกหญิงรังสิณี พูลเพิ่ม หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
5. พันตรีหญิงพัชรินทร์ จันทร์อาสา พยาบาลช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
6. นางมณีวรรณ บุระชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลกุดบาก จังหวัดสกลนคร