

ผลของการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรก และ APGAR score ของทารกแรกเกิด

อริยา อนนตะชัย¹โยธกา ภาคี²อารยา หงษ์รัมย์¹ปิติพร สุโพเคน¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก และ APGAR score ของทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ระหว่าง 37 – 42 สัปดาห์ ที่มาคลอดโรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการคลอดและมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t –test และ exact probability test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 5–7 เซนติเมตร และ 8–10 เซนติเมตร น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ย APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทีก่อนที่ 1 ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .107$) และมีค่าเฉลี่ย APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทีก่อนที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์สามารถลดระดับความเจ็บปวด ลดระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกได้ และ ส่งผลให้คะแนน APGAR score นาทีก่อนที่ 5 มีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม และไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

คำสำคัญ: ท่าผีเสื้อประยุกต์, ระดับความเจ็บปวด, ระยะเวลาในการคลอด, APGAR score ของทารกแรกเกิด, ผู้คลอดครรภ์แรก

วันที่รับบทความ

25 กันยายน 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

5 พฤศจิกายน 2567

วันที่ตอบรับบทความ

18 พฤศจิกายน 2567

โรงพยาบาลนครพนม

โรงพยาบาลนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: yothagaphakee@gmail.com โทร.081-7495120

Effects of Modified Bhadrasana Pose on Pain Score, Duration Time of Delivery Among Primigravidarum and Newborn APGAR Score

Arisa Anontachai¹

Yothaga Phakee²

Araya Hongrum¹

Pitiporn Suphoken¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to Effects of Modified Bhadrasana Pose on Pain Score, Duration Time of Delivery Among Primigravidarum and Newborn APGAR Score. The samples consisted of 60 primigravidarum at 37 to 42 weeks receiving labour room at Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom Province and were equally divided into the experimental group (n = 30) and the control group (n = 30). The research instruments included the handbook modified Bhadrasana pose, Personal data record form, Delivery record form and Visual Analogue Scale. The implementation and data collection were conducted from November, 2023 to February, 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test and exact probability test.

The research results revealed that the experimental group had statistically significant lower mean scores of Pain Score during 5–7 centimeters of cervical dilatation and during 8–10 centimeters of cervical dilatation than those of the control group ($p < .05$). The experimental group had statistically significant lower mean scores of duration time of delivery than those of the control group ($p < .001$). The experimental and control groups was not statistically significant difference in the mean scores of newborn APGAR score 1st minute ($p = .107$) and the experimental group had statistically significant higher mean scores of newborn APGAR score 5th minute than those of the control group ($p < .05$). The study findings highlight the Modified Bhadrasana Pose can reduce pain score, duration time of delivery among primigravidarum and results in the APGAR score 5th minute than those of the control group and not found the rates of birth asphyxia.

Keywords: Modified Bhadrasana Pose, Pain Score, Duration Time of Delivery, Newborn APGAR Score, Primigravidarum

Received

25 September 2024

Revised

5 November 2024

Accepted

13 November 2024

¹Nakhon Phanom Hospital,

²Nakhon Phanom Hospital, Corresponding author e-mail: yothagaphakee@gmail.com Tel.081-7495120

บทนำ

การคลอดปกติเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อที่จะขับเอาตัวทารก รก น้ำคร่ำและเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูกผ่านทางช่องคลอด¹ ในแต่ละระยะของการคลอดสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่หนึ่ง ระยะที่สอง ระยะที่สาม และระยะที่สี่ของการคลอด² โดยในระยะที่ 1 ของการคลอดจะเริ่มตั้งแต่ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์จริงไปจนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) คือ ระยะตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร และระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) คือ ระยะที่ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตรจนถึง 10 เซนติเมตร โดยในครรภ์แรกระยะที่ 1 ของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ยไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมง และในครรภ์หลังไม่ควรเกิน 10 ชั่วโมง³ ซึ่งในระยะปากมดลูกเปิดเร็วจะมีการหดตัวของมดลูกทุก 2-3 นาทีต่อครั้ง นานครั้งละ 45-60 วินาที และในแต่ละครั้งมดลูกจะหดตัวตัวแรงมาก ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บครรภ์ที่รุนแรงเพิ่มขึ้น⁴

พฤติกรรมการแสดงออกของผู้คลอดในแต่ละระยะจะแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ขณะที่ผู้คลอดอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มดลูกจะหดตัวตัวแรงมาก เมื่อมดลูกหดตัวผู้คลอดจะมีการเกร็งแขนขาและกำมือแน่น ไม่สามารถควบคุมหรือทนต่อความเจ็บปวดได้ ผู้คลอดจะรู้สึกอ่อนล้า และ บางรายรู้สึกนอนพักไม่ได้ วิตกกังวลความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีพฤติกรรมพึ่งพามากขึ้น ร้องขอความช่วยเหลือเพื่อยากให้ช่วยบริหารจัดการเจ็บปวดออกไปโดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดบุตรจึงมีความกลัวการคลอดบุตรสูงกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง^{5,6} โดยความเจ็บปวดที่รุนแรงนั้นมีผลเสียต่อสุขภาพจิตทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความตึงเครียด และมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamine) และคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติ

มีการหดตัวของมดลูกลดลง ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดล่าช้า⁷ และส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์ โดยขณะมดลูกหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและการส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกลดลง เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (fetal acidosis) ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ หากช่วยเหลือไม่ทันทารกอาจได้รับอันตรายหรือเกิดการสูญเสียจากการคลอด⁸

ดังนั้น การดูแลสนับสนุนผู้คลอดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากความปวดถือเป็นปัญหาทางการพยาบาลที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อการจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ซึ่งบทบาทหน้าที่นี้เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโดยพบว่าจากสถิติของโรงพยาบาลนครพนม ปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีจำนวนมารดาคลอดทางช่องคลอดจำนวน 1257, 1,150 และ 1,112 ราย และทารกแรกเกิดเกิดภาวะ birth asphyxia จำนวน 71, 72, และ 68 ตามลำดับ⁹ ซึ่งกระบวนการคลอดนั้นผู้คลอดทุกรายจะต้องเผชิญกับอาการเจ็บครรภ์คลอด ในฐานะบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นการดูแลและสนับสนุนให้ผู้คลอดสามารถเลือกใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้คลอดได้ผ่านประสบการณ์การคลอดโดยเฉพาะการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วสามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและไม่ใช้ยาบรรเทาปวด โดยยาที่ใช้ในการบรรเทาปวดนี้จะส่งผลข้างเคียงต่อผู้คลอดและทารกได้⁴ ทั้งนี้การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วยังสามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ

วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วโดยไม่ใช้ยา พบมีหลากหลายวิธี ดังนี้ เทคนิคการหายใจ การนวด การใช้ความร้อน การใช้วิธีกดจุด การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่าทาง¹⁰ โดยเฉพาะการจัดท่าผู้คลอดให้อยู่ในท่าศีรษะสูงจะส่งผลต่อการลดระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 เป็นอย่างมาก ซึ่งลดระยะเวลาของการคลอดได้ถึง 1 ชั่วโมง 20 นาที นอกจากนี้ยังช่วยบรรเทาปวด ลดการใช้ยาในการบรรเทาปวด และลดโอกาสที่ทารกจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด¹¹ ซึ่งทาง WHO (2018)³ ได้นำแนะให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวท่าทางและการอยู่ในท่าศีรษะสูง ผู้คลอดไม่จำเป็นต้องอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งจนตลอดแต่ควร ได้ปรับเปลี่ยนท่าที่ตนเองสุขสบายทุก 30 – 60 นาที

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าท่าผีเสื้อ (Bhadrasana) เป็นหนึ่งในท่าของโยคะอาสนะที่ใช้บริหารร่างกายสตรีตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้ข้อต่อบริเวณสะโพกและกระดูกหัวหน้าขยายออก¹² และยังทำให้กล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บมีการยืดขยายเพื่อช่วยให้คลอดได้ง่ายขึ้น¹³ จากการศึกษาผลของการจัดทำผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด โดยการใช้ท่าผีเสื้อมาดัดแปลงเป็นท่าผีเสื้อประยุกต์ ลักษณะเป็นท่านั่งบนเตียงในลักษณะฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้างประกบกัน ให้สันเท้าชิดกับฝีเย็บ ลำตัวยืดตรง เอนโน้มตัวไปด้านหน้าทำมุมกับแนวดิ่งประมาณ 15 – 30 องศา พูพหน้ากับหมอน ลักษณะนุ้มบนโต๊ะคอมเตียง ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง โดยใช้แขนทั้ง 2 ข้างวางข้างศีรษะ งอข้อศอกเล็กน้อย และทิ้งน้ำหนักตัวตามสบาย โดยใช้เวลานั่งครั้งละ 15 นาที นั่งทุก 1 ชั่วโมงจนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ผลการวิจัยพบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับท่าผีเสื้อประยุกต์มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้งช่วงปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร ($p = .144$) และช่วงปากมดลูกเปิด 8 – 10 เซนติเมตร ($p = .631$) และ ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการจัดทำผีเสื้อประยุกต์มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0025$)¹⁴ แต่การศึกษาดังกล่าวยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ของ APGAR score ของทารกแรกเกิด ซึ่งพบว่าการนั่งท่าผีเสื้อประยุกต์ลักษณะลำตัวจะโค้งเป็นรูปตัวซี (C) จะทำให้น้ำหนักมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava จึงมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปยังผู้คลอดอย่างเพียงพอ กล้ามเนื้อมดลูกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวน้อยกว่าท่านอนราบ นอกจากนี้ยังทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและการส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติและทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน⁴ นอกจากนี้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วดังกล่าวนี้ ท่าผีเสื้อประยุกต์เป็นวิธีการที่สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่จะประยุกต์โดยใช้เฉพาะหมอนสามเหลี่ยมซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำที่หาได้ง่ายโดยไม่ใช้โต๊ะคอมเพื่อให้สะดวกยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่จะส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาผลของการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์เพื่อช่วยลดระดับความความเจ็บปวดลดระยะเวลาในการคลอด และช่วยให้ Apgar score ของทารกแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลมารดาในระยะคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพื่อเปรียบเทียบ Apgar score ของทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two group posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์อยู่ในช่วง 37 – 42 สัปดาห์ เจ็บครรภ์คลอดและมาคลอดบุตรที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุระหว่าง 20-34 ปี 2) ความสูง 145 เซนติเมตรขึ้นไป 3) คาคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ โดยการตรวจครรภ์ วัด height of fundus อยู่ระหว่าง 2,500 – 3,999 กรัม 4) ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร ขึ้นไป 5) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติอยู่ระหว่าง 110 – 160 ครั้ง/นาที 6) ไม่มีประวัติได้รับบาดเจ็บหรือผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง 7) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ได้แก่ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การตกเลือดก่อนคลอด น้ำเดินครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ 8) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรมและอายุรกรรมในระหว่างการศึกษา 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามแผนการวิจัย 3) ได้รับยาบรรเทาปวด และ 4) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการชักนำการคลอด

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการดูแลตามมาตรฐานเดิมของห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม โดยค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอดของมารดา อยู่ที่ 6.35 ชั่วโมง SD 2.35 เมื่อสอนการใช้ท่าผีเสื้อประยุต์คาดว่า จะลดระยะเวลาการรอคลอดลงเป็น 4.5 ชั่วโมง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) ที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ One-sided test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มรวมทั้งหมด 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ (matching) ตามอายุ อายุครรภ์ คะแนนอาการปวดก่อนการทดลอง น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกในครรภ์ เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ คู่มือการใช้ท่าผีเสื้อประยุต์ในผู้คลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้คลอด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน อายุครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอด คาคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ และประวัติการเตรียมตัวเพื่อคลอด โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ 2) แบบบันทึกการคลอด ได้แก่ ระยะเวลาของการคลอด น้ำหนักทารกและ APGAR score ของทารกแรกเกิดโดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 มาตราวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรง ซึ่งมีหน่วยเป็นเซนติเมตรจาก 0 – 10 เซนติเมตร จุดเริ่มต้นมีคะแนนเท่ากับ 0 คือไม่เจ็บปวดเลย และจุดปลายมีคะแนนเท่ากับ 10 คือเจ็บปวดมากที่สุด¹⁵ วิธีการวัดกระทำโดยผู้วิจัยสอบถามสตรีตั้งครรภ์ว่าในขณะที่มดลูกมีการหดตัวมีอาการปวดให้ระดับคะแนนความปวดเท่าไร และสตรีตั้งครรภ์ทำเครื่องหมายบนเส้นตรงเพื่อแสดงความรู้สึกของความปวด แล้วผู้วิจัยนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตรแทนค่าคะแนนความปวด (pain score) เป็น 0 – 10

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำคู่มือการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น รับการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และ สูติแพทย์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา การจัดลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย โดยประเมินความเหมาะสมของ กิจกรรม และความพึงพอใจต่อการใช้ท่าผีเสื้อ ประยุกต์ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม (หนังสือเลขที่ 41/2566วันที่ 15 พฤศจิกายน2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและ นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูล ในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เข้าพบหัวหน้าฝ่าย การพยาบาล และหัวหน้างานห้องคลอด เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมด ก่อน โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่แผนก

งานห้องคลอด แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

ขั้นตอนการในกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในระยะปากมดลูก เปิดช้า (latent phase) ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 5 เซนติเมตรตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด (ประเมิน ครั้งที่ 1)

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรอ คลอด และคำแนะนำการบรรเทาปวดโดยการหายใจ การลูบหน้าท้อง และให้นอนในท่าที่สุขสบายจาก พยาบาลผดุงครรภ์ประจำแผนกห้องคลอดตามปกติ

3. เมื่อเข้าระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความ รุนแรงของอาการปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด ด้วยสายตา เมื่อปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร (ประเมินครั้งที่ 2) และ 8 – 10 เซนติเมตร (ประเมิน ครั้งที่ 3)

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างคลอดแล้วผู้วิจัยบันทึก ข้อมูลระยะเวลาการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ APGAR score ของทารกแรกเกิดจากใบรายงานการ คลอด

ขั้นตอนการในกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในระยะปากมดลูก เปิดช้า (latent phase) ปากมดลูกเปิด น้อยกว่า 5 เซนติเมตร ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด (ประเมิน ครั้งที่ 1)

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะ รอคลอด และคำแนะนำการบรรเทาปวดโดยการ หายใจ การลูบหน้าท้อง และให้นอนในท่าที่สุขสบาย จากพยาบาลผดุงครรภ์ประจำแผนกห้องคลอด ตามปกติ

3. เมื่อเข้าระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร ขึ้นไป ดูแลจัดทำ ให้สตรีตั้งครรภ์นันทาผีเสื้อประยุกต์ โดยนันทาเพียงใน ลักษณะฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้างประกบกัน ให้สันทาชิดกับ

ผีเสื้อ ลำตัวยืดตรงเอนโน้มตัวไปด้านหน้าทำมุมกับแนวตั้งประมาณ 15 – 30 องศา พบหน้ากับหมอนสามเหลี่ยมตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง โดยใช้แขนทั้ง 2 ข้าง วางบนหมอนสามเหลี่ยม งอข้อศอกเล็กน้อย และทิ้งน้ำหนักตัวตามสบาย เริ่มนั่งตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร นั่งทุก 1 ชั่วโมงใช้เวลา นั่งครั้งละ 15 นาที

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา เมื่อปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร (ประเมินครั้งที่ 2) และ 8 – 10 เซนติเมตร (ประเมินครั้งที่ 3) โดยประเมินขณะอยู่ในท่าผีเสื้อประยุกต์

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างคลอดแล้วผู้วิจัยบันทึกข้อมูลระยะเวลาการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ APGAR score ของทารกแรกเกิดจากใบรายงานการคลอด

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการติดตาม EFM เพื่อประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ไว้ตลอด หาก EFM ผิดปกติจะยุติการเข้าร่วมการวิจัย ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง และวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ตามมาตรฐานการดูแลของห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t –test และ exact probability test การเปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t –test การเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t –test การเปรียบเทียบ Apgar score ของทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t –test

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–24 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.6 ปี ($SD = 4.4$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 83.3 มีค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 25.00–29.99 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.5 กก./ม.² ($SD = 2.70$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 15 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 60.0 โดยมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 13.4 กิโลกรัม ($SD = 3.79$) และส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37–39 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 80.0 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.4 สัปดาห์ ($SD = 1.1$) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเตรียมตัวเพื่อคลอด คิดเป็น 100%

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–24 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.5 ปี ($SD = 4.3$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป/เกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 25.00–29.99 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.8 กก./ม.² ($SD = 3.0$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 15 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 63.3 โดยมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 13.1 กิโลกรัม ($SD = 4.32$) และส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37–39 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 80.0 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.4 สัปดาห์ ($SD = 1.1$) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเตรียมตัวเพื่อคลอด คิดเป็น 100% เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด (n = 60)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
Mean ± SD	25.6± 4.4		25.5± 4.3		0.977 ^a
20 – 24 ปี	15	50.0	15	50.0	1.000 ^b
25 – 29 ปี	9	30.0	9	30.0	
30 – 34 ปี	6	20.0	6	20.0	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	3	10.0	4	13.3	0.872 ^b
มัธยมศึกษา	16	53.3	17	56.7	
สูงกว่ามัธยม	11	36.7	9	30.0	
อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกรรม	11	36.7	11	36.7	0.706 ^b
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/ลูกจ้าง	3	10.0	6	20.0	
รับราชการ/พนักงาน	3	10.0	3	10.0	
แม่บ้าน	13	43.3	10	33.3	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	5	16.7	7	23.3	0.748 ^b
มากกว่า 10,000	25	83.3	23	76.7	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)					
Mean ± SD	38.4±1.1		38.4±1.1		1.000 ^a
37 – 39 สัปดาห์	24	80	24	80	1.000 ^b
39 ⁺¹ – 42 สัปดาห์	6	20	6	20	
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์					
Mean ± SD	13.4±3.79		13.1±4.32		0.776 ^a
น้อยกว่า 15 kg	18	60.0	19	63.3	1.000 ^b
15 kg ขึ้นไป	12	40.0	11	36.7	
ค่าดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์					
Mean ± SD	25.5 ± 2.7		25.8 ± 3.0		0.666 ^a
น้อยกว่า 18.50 kg/m ²	0	0.0	0	0.0	1.000 ^b
18.50 – 24.99 kg/m ²	13	43.3	13	43.3	
25.00 – 29.99 kg/m ²	17	46.7	17	46.7	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(n = 30)		(n = 30)		
น้ำหนักทารกแรกเกิด					
Mean ± SD	2,983.7±290.9		3,066.3±298.2		0.282 ^a
2,500 – 2,999 กรัม	15	50.0	15	50.0	1.000 ^b
3,000 – 3,499 กรัม	12	40.0	12	40.0	
3,500 – 3,999 กรัม	3	10.0	3	10.0	

หมายเหตุ. ^aindependent t-test, ^bexact probability test.

การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า
กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดในระยะ
ปากมดลูกเปิด 5–7 เซนติเมตร และ 8–10 เซนติเมตร
น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p < .05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะศึกษา	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม(n = 30)		Difference (95%CI)	p-value
	M	SD	M	SD		
ระยะปากมดลูกเปิด <5 ซม.	4.3	0.5	4.5	0.5	-0.2 (-0.5, 0.06)	0.064
ระยะปากมดลูกเปิด 5–7 ซม.	7.0	0.9	7.5	0.8	-0.5 (-1.0, -0.04)	0.033*
ระยะปากมดลูกเปิด 8–10 ซม.	8.9	0.6	9.4	0.7	-0.6 (-0.9, -0.2)	0.001**

หมายเหตุ *p < .05, **p < .0

การเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอด
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอด
ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว น้อยกว่ากลุ่มอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะศึกษา	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม(n = 30)		Difference (95%CI)	p-value
	M	SD	M	SD		
ระยะปากมดลูกเปิด 5–10 ซม.	151.0	13.5	267.7	45.5	-116.7 (-134.0, -99.3)	< 0.001

การเปรียบเทียบApgar score ของทารกแรก
เกิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการ
ทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย
APGAR score ของทารกแรกเกิด นาที่ที่ 1 ไม่มีความ
แตกต่างกัน (p = .107) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย
APGAR score ของทารกแรกเกิด นาที่ที่ 5 มากกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)
(ตาราง ที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ Apgar score ของทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n = 60)

ลักษณะศึกษา	กลุ่มทดลอง(n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Difference (95%CI)	p- value
	M	SD	M	SD		
Apgar score นาทีที่ 1	9.1	0.7	8.8	0.7	0.3 (-0.1, 0.7)	0.107
Apgar score นาทีที่ 5	9.9	0.5	9.7	0.3	0.2 (0.01, 0.4)	0.038*

หมายเหตุ *p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรกที่ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ ในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่าการนั่งท่าผีเสื้อประยุกต์ ลักษณะลำตัวจะโค้งเป็นรูปตัวซี (C) จะทำให้น้ำหนักมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava จึงมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปยังผู้คลอดอย่างเพียงพอ กล้ามเนื้อมดลูกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวน้อยกว่าท่านอนราบ⁴ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งต่างกันเพียงเล็กน้อย เนื่องจากความปวดจากการคลอดนั้นจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามความก้าวหน้าของการคลอดเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมากดบริเวณปมประสาทบริเวณอุ้งเชิงกรานผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น การใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถลดความปวดได้เพียงพอ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด พบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์มีความปวดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งช่วงระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร (p = .177) และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร (p = .864)¹⁴ ดังนั้นอาจต้องใช้เทคนิคการ

บรรเทาปวดแบบอื่นร่วมด้วย เพื่อลดการรับรู้สิ่งกระตุ้นความปวดได้แก่ การประคบร้อน การประคบเย็น การนวด การกดจุด เป็นต้น

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาในการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์มีระยะเวลาในการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่าการนั่งท่าผีเสื้อประยุกต์ ลักษณะเป็นท่านั่งบนเตียงในลักษณะผ่าเท้าทั้ง 2 ข้างประกบกัน ให้สันเท้าชิดกับผีเสื้อ ลำตัวยืดตรง เอนโน้มตัวไปด้านหน้าทำมุมกับแนวดิ่งประมาณ 15 – 30 องศา ในขณะที่ผ่าเท้าทั้ง 2 ข้างประกบกัน ให้สันเท้าชิดกับผีเสื้อมากที่สุดจะช่วยให้ออตัวบริเวณสะโพกและกระดูกหัวหน่าวขยายออก¹² และยังทำให้กล้ามเนื้อบริเวณผีเสื้อมีการยืดขยายเพื่อช่วยให้คลอดได้ง่ายขึ้น¹³ นอกจากนี้การจัดท่าศีรษะสูงให้แก่ผู้คลอดจะช่วยให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลง เมื่อศีรษะทารกกดลงบนปากมดลูกจะเกิดการส่งกระแสประสาทไปที่ต่อมใต้สมองส่วนหลัง ทำให้หลังฮอร์โมนออกซิโตซินเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น จึงส่งผลให้มดลูกหดตัวแบบมีประสิทธิภาพ เกิดเป็นวงจรที่เรียกว่า เฟอร์กูสันรีเฟล็กซ์ (Ferguson's reflex) ส่งผลให้มีการเปิดขยายของปากมดลูกและทำให้คลอดเร็วขึ้น^{10,16} ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด พบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่า

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁴

ผลการเปรียบเทียบ Apgar score ของทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่า APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทที่ 1 ไม่มีความแตกต่างกัน และ Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทที่ 1 และ นาทที่ 5 มีคะแนน Apgar score มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไปทุกราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้คลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้โอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะเครียดต่ำ Apgar score ของทารกแรกเกิดจึงอยู่ในระดับปกติ แต่ยังเห็นได้ว่าแนวโน้ม APGAR score ของทารกแรกเกิด นาทที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุม สามารถกล่าวได้ว่าการนั่งท่าผีเสื้อประยุกต์ การนั่งลักษณะลำตัวจะโค้งเป็นรูปตัวซี (C) จะทำให้น้ำหนักมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava จึงมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปยังผู้คลอดอย่างเพียงพอ กล้ามเนื้อมดลูกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและการส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติและทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน⁴ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความถี่การคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของ

ผู้คลอดครั้งแรก พบว่าคะแนน APGAR score นาทที่ 1 และ 5 ของทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนน APGAR score นาทที่ 1 และ นาทที่ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไปทุกราย¹⁷

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านการพยาบาล ในกระบวนการคลอดพยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์เพื่อช่วยส่งเสริมการคลอด เนื่องจากมีผลทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น ลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอด และส่งผลต่อคะแนน APGAR score ทารกแรกเกิดไม่พบภาวะขาดออกซิเจน

ด้านการวิจัย ควรศึกษาการใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ร่วมกับวิธีการบรรเทาปวดแบบอื่น เนื่องจากความปวดจากการคลอดนั้นจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดจึงมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบและพิจารณาคุณภาพเนื้อหาของงานวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัย และขอขอบพระคุณ ดร.นพ.เกรียงไกร ประเสริฐ ที่ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- 1.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด. ใน: ปิยะนุช ชูโต, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563. หน้า 13–15.
- 2.ACOG. Approaches to limit intervention labor and birth. obstetrics and gynecology 2019; 133(2): 164–73.
- 3.World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.

- 4.Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC, Alden KR, Olshansky E. Maternity and women's health care 12th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2020.
- 5.Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica 2001; 80(4): 315–320.
- 6.Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy D. Prevalence of childbirth fear in an australian sample of pregnant women. Biomed central pregnancy & childbirth 2014; 14(275): 1–10. doi: 10.1186/1471–2393–14–275.
- 7.ปิยะนุช ชูโต. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
- 8.Bryant H, Yerby M. Relife of pain during laboyr. MylesMidwifery 13th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004. p. 458–75.
9. งานห้องคลอด, สถิติห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม ปี 2563–2565. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2566.
- 10.Chapman V,Charles C. The Midwife's Labour and Birth Handbook 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd; 2018. p. 433–40.
- 11.Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 8.
- 12.Sun YC, Hung YC, Chang Y, Kuo SC. Effects of a prenatal yoga program on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self–efficacy in Taiwan. Midwifery2010; 26(6): 31–36.
- 13.Babbar S,ShykenJ. Yoga in pregnancy. Clinical obstetrics and gynecology 2016;59(3):600–612.
- 14.กิตติ ดั่งมณี. ผลของการจัดทำฝึลือ่ประยุกต์ต่อความปวด และเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; สงขลา: 2558. 125 หน้า
- 15.Melzack R. Phantom body pain in paraplegics: Evidence for a central "pattern generating mechanism" for pain 1978; 4(3): 195–210. doi: 10.1016/0304–3959(77)90133–6.
- 16.GizzoS, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women’s choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. BioMed research International; 2014. doi: 10.1155/2014/638093.
- 17.สุदारักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564; 31(1): 148–60.