

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ผลการใช้น้ำมันมะพร้าวต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดในผู้คลอดปกติ

กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์ ป.พ.ส, พย.ม., ปร.ด.\*

เสาวรส ป้อมเย็น ป.พ.ส.\*\*

คำภา อยู่สุข ป.พ.ส.\*\*\*

ไชยพันธ์ ทยาวิวัฒน์ พ.บ., ส.ม.\*\*\*\*\*

\* โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

\*\* โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

\*\*\* โรงพยาบาลศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

\*\*\*\* โรงพยาบาลบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์

\*\*\*\*\* โรงพยาบาลหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

\*\*\*\*\* เขตสุขภาพที่ 2

ไพรัตน์ จินดาจำนง ป.พ.ส.\*

เกตุวรา จันทร์หมื่น ป.พ.ส.\*\*\*

ธชวรรณ สีวัน ป.พ.ส.\*\*\*\*\*

วันรับ:	15 ธ.ค. 2560
วันแก้ไข:	25 มิ.ย. 2561
วันตอบรับ:	11 พ.ค. 2561

บทคัดย่อ ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 24.0 มณีเวชเป็นหนึ่งในศาสตร์ของแพทย์ทางเลือกที่ผู้วิจัยนำมาให้ผู้คลอดใช้ขณะรอคลอด การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพหุสถาบันในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด ปริมาณการสูญเสียเลือดและการตกเลือดหลังคลอด ระหว่างผู้คลอดนอนรอคลอดปกติกับการใช้น้ำมันมะพร้าวขณะรอคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดปกติ 620 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมเป็นผู้คลอดนอนรอคลอดปกติ และกลุ่มทดลองเป็นผู้คลอดที่ใช้น้ำมันมะพร้าวขณะรอคลอด กลุ่มละ 310 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้คลอดที่มารับบริการในงานห้องคลอดในโรงพยาบาลเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ 5 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ หล่มสัก หล่มเก่า ศรีเทพ และบึงสามพัน ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 - มิถุนายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบประเมินความเจ็บปวด คู่มือการปรับสมดุลร่างกายและใช้น้ำมันมะพร้าวขณะรอคลอดและแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test, Chi-square test และ binary logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดที่ใช้น้ำมันมะพร้าวขณะรอคลอดมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่า และระยะเวลาการคลอดน้อยกว่ากลุ่มรอคลอดปกติเฉลี่ย 3.1 ชั่วโมง, 2.5 นาที และ 0.8 นาที ในระยะการคลอดที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ( $p < 0.05$ ) ผู้คลอดที่ใช้น้ำมันมะพร้าวขณะรอคลอดมีปริมาณการสูญเสียเลือดในการคลอดน้อยกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติเฉลี่ย 71.4 มล. ( $p < 0.05$ ) ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 3 เพิ่มขึ้น 1 นาที เพิ่มโอกาสการตกเลือดหลังคลอด 1 เท่า น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้น 1 กรัม เพิ่มโอกาสการตกเลือดหลังคลอด 1 เท่า และการใช้น้ำมันมะพร้าวเป็นปัจจัยป้องกันช่วยลดโอกาสการตกเลือดได้ร้อยละ 68.5 โดยสรุป การใช้น้ำมันมะพร้าวในผู้คลอดปกติช่วยลดความเจ็บปวด ช่วยให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายเร็วขึ้น จึงลดระยะเวลาคลอด ส่งผลให้ลดการสูญเสียเลือดและลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด จึงควรขยายผลการนำน้ำมันมะพร้าวไปใช้ในการดูแลผู้คลอดในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง

คำสำคัญ: มณีเวช, ระดับความปวด, ระยะเวลาคลอด, อัตราการตกเลือด, ผู้คลอดปกติ

## บทนำ

การคลอด เป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก เยื่อหุ้มทารกและน้ำคร่ำ ออกสู่ภายนอก แต่ก็สามารถก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตทั้งผู้คลอดและทารกได้ในทุกระยะของการคลอด การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วโลก โดยพบว่าการตกเลือดหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 24.0 และร้อยละ 99.0 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา<sup>(1)</sup> นอกจากนี้พบว่าการตกเลือดเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 1.0 ถึง 5.0 ของการคลอด และเป็นการตกเลือดชนิดรุนแรงร้อยละ 1.0-2.0 ซึ่งองค์การอนามัยโลกประเมินว่าทุกๆ ปี มีหญิงที่มีการตกเลือดที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ปีละประมาณ 14 ล้านคน และอย่างน้อยที่สุด 128, 000 คน เกิดการตกเลือดรุนแรงจนเสียชีวิตและส่วนใหญ่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด<sup>(2)</sup>

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) เป็นการเสียเลือดผ่านทางช่องคลอด ภายหลังทารกคลอด มีปริมาณ ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเป็นการตกเลือดหลังคลอดทันทีภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด<sup>(3)</sup> สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด รกค้าง มดลูกแตก ภาวะเลือดไม่แข็งตัว และมดลูกปลิ้น ซึ่งการตกเลือดสามารถเกิดได้รวดเร็ว และที่สำคัญการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยที่มีการตกเลือดหลังคลอดที่ไม่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงใดๆ แต่กลับมีการตกเลือดขึ้น<sup>(3)</sup>

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ที่ผู้คลอดต้องเผชิญความเจ็บปวด และเพิ่มการรับรู้ความเจ็บปวดทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว<sup>(4)</sup> เมื่อเข้าสู่ระยะที่ปากมดลูกมีการเปิดขยายตั้งแต่ 4-7 เซนติเมตร จะเป็นระยะที่มดลูกมีการหดตัวแรงและถี่ขึ้น ซึ่งจะทำให้มีการหลั่ง cortisol hormone ในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น<sup>(5)</sup> ส่งผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกลดลง กล้ามเนื้อมดลูกทำงานไม่ประสานกัน การหดตัวของมดลูกผิดปกติ การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้า

ทำให้ระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานขึ้นและอาจต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ<sup>(5,6)</sup> จากการวิจัยในระยะคลอดพบว่ามารดาต้องการได้รับการจัดการลดความเจ็บปวดหลายวิธี<sup>(7,8)</sup> ซึ่งสามารถเตรียมมารดาเพื่อลดความเจ็บปวดได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ วิธีการลดความเจ็บปวดโดยลดตัวกระตุ้นความปวด โดยการจัดให้มารดาอยู่ในท่าต่างๆ เช่น ในระยะที่ 1 ของการคลอด ทำในแนวตั้ง เช่น ท่านั่ง ทำยืน ช่วยในการลดความเจ็บปวดได้<sup>(9)</sup> เช่นเดียวกันท่าแนวตั้ง ช่วยลดปวดในระยะที่ 2<sup>(10)</sup> อย่างไรก็ตามหลังจากมีความก้าวหน้าของการคลอดมากขึ้นหลังปากมดลูกเปิด 6 เซนติเมตร มารดามักจะไม่ต้องการอยู่ในท่านั่ง<sup>(11)</sup> และควรจัดทำเพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องกดมดลูก (abdominal decompression) ซึ่งจะช่วยให้การหดตัวของมดลูกได้ดีขึ้น นอกจากนี้สามารถใช้แรงกดด้านโดยใช้สันมือกดบริเวณหลัง (counterpressure) จะช่วยให้ต้านการดึงของเอ็น (sacroiliac ligament) และอาจช่วยให้กระดูก sacrum และ ilium อยู่ในแนวเดียวกัน<sup>(12)</sup> ทำให้เชิงกรานกว้างขึ้น ช่วยให้เกิดการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ทำให้ทารกมีการเคลื่อนต่ำได้ดีความก้าวหน้าของการคลอดรวดเร็วขึ้น<sup>(13)</sup>

มณีเวชเป็นหนึ่งในศาสตร์ของการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย ซึ่งคิดค้นขึ้นโดยอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระประการ โดยเน้นการปรับโครงสร้างร่างกายให้อยู่ในสมดุลเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาตั้งแต่อาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อจนถึงโรคต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของโครงสร้างร่างกาย<sup>(14)</sup> ในปัจจุบันได้มีการนำศาสตร์มณีเวชมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของร่างกายมากขึ้น และนำมาใช้ในการปรับสมดุลร่างกายให้กับหญิงตั้งครรภ์และในขณะคลอด<sup>(15)</sup> หลักการโดยให้ผู้คลอดนั่งท่ามณีเวชเมื่อปากมดลูกมีการเปิดขยาย 3 ซม. โดยการนั่งกางขาทั้งสองข้างให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างมาชนกันด้านหน้า ผู้คลอดใช้มือตนเองหรือผู้ช่วยกดที่เข่าทั้งสองข้างให้แนบชิดกับพื้นให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้เกิดการขยายของเชิงกราน เกิดแรงผลักดันให้ทารกเคลื่อนต่ำลง ปากมดลูกมีการเปิดขยายเร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ระยะเวลา

การคลอดรวดเร็วขึ้น จากการศึกษาของวนิดา วงศ์มณี-  
วรรณ พบว่าการใช้น้ำมันงมณีเวช ปากมดลูกมีการเปิดขยาย  
1 ซม. ใช้เวลา 19.6 นาที ขณะที่กลุ่มนอนรอคลอดปกติ  
ใช้เวลานานกว่า 29.4 นาที<sup>(16)</sup> ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการ  
ศึกษาผลของการใช้น้ำมันงมณีเวชต่อระดับความเจ็บปวด  
ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดใน  
ผู้คลอดปกติ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาการ  
บริการผู้คลอดให้มีคุณภาพมากขึ้น ลดระดับความเจ็บ  
ปวด ลดระยะเวลาการคลอดและลดอัตราการเกิดภาวะ  
ตกเลือดหลังคลอด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย  
ความเจ็บปวด ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการคลอด ระหว่างการ  
นอนรอคลอดปกติกับการใช้น้ำมันงมณีเวช ในผู้คลอดปกติ  
และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดใน  
การคลอด และอัตราการตกเลือดหลังคลอดระหว่างการ  
นอนรอคลอดปกติกับการใช้น้ำมันงมณีเวช ในผู้คลอดปกติ

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพหุสถาบัน (multi-  
center study) ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม  
(quasi-experimental research: two group designs)  
ศึกษาผลของการใช้น้ำมันงมณีเวช ต่อระดับความเจ็บปวด  
ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือด ใน  
ผู้คลอดปกติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล  
ในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล  
เพชรบูรณ์ หล่มสัก หล่มเก่า ศรีเทพ และบึงสามพัน เก็บ  
รวบรวมข้อมูลในงานห้องคลอดระหว่างเดือนตุลาคม  
2558 – มิถุนายน 2560

### นิยามศัพท์ในการวิจัย

ทำน้ำมันงมณีเวช หมายถึง ทำน้ำมันที่ให้ผู้คลอดเริ่มทำเมื่อ  
ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร โดยให้ผู้คลอดนั่งกางขาทั้ง  
สองข้างให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างมาชนกันด้านหน้า เมื่อมดลูก  
หดตัวให้สูดลมหายใจเข้าให้เต็มปอด โน้มตัวไปข้าง  
หน้า ผู้คลอดหรือผู้ดูแลใช้มือกดที่เข่าทั้งสองข้างให้ลงไป  
ชิดกับพื้นให้มากที่สุดกดบนเข่าหนึ่งวันับ 1-20 ผ่อนมือ

ออกพร้อมกับผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ทำซ้ำ 3  
ครั้ง นับเป็น 1 รอบ และให้ทำรอบต่อไป ทุก 20 นาที  
คือ 3 รอบ ใน 1 ชั่วโมง และจะยุติการนั่งทำมณีเวชเมื่อ  
ปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม.(ระยะที่ 1)

ปริมาณการสูญเสียเลือด หมายถึง จำนวนเลือดที่ออก  
ทางช่องคลอดในการคลอดทารกจนกระทั่งคลอดรก มี  
หน่วยเป็น มล.

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage)  
หมายถึงการเสียเลือดผ่านทางช่องคลอดภายหลังทารก  
คลอดมีปริมาณ ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป

ระยะเวลาการคลอดหมายถึงระยะเวลาการคลอด  
แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะเวลาจากเจ็บครรภ์จริง ถึงปากมดลูก  
เปิดหมด คือ 10 เซนติเมตร

ระยะที่ 2 ระยะเวลาจากปากมดลูกเปิดหมด ถึงทารก  
คลอด

ระยะที่ 3 ระยะเวลาจากทารกคลอด ถึง รกคลอด

ระดับความเจ็บปวด หมายถึง ความเจ็บปวดจากการ  
หดตัวของมดลูกในการคลอดของผู้คลอด ประเมินโดย  
ใช้แบบประเมินความเจ็บปวด มีคะแนน 0 คือ ไม่ปวด  
เลย ถึง 10 คะแนน คือปวดมากที่สุด

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นหญิงคลอดที่มารับบริการที่ห้องคลอด  
ในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์จำนวน 5 แห่ง  
ได้แก่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ หล่มสัก หล่มเก่า ศรีเทพ  
และบึงสามพัน โดยไม่จำกัด อายุ ระดับการศึกษา เชื้อ  
ชาติและศาสนา

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มคัดเลือก คำนวณขนาด  
กลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณขนาดกลุ่ม  
ตัวอย่าง (PASS sample size software) เปรียบเทียบค่า  
เฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มในการวิจัยพหุสถาบัน โดยกำหนด  
ให้ Mean different (effect size) = 0.25, ระดับ  $\alpha$  =  
0.05, power = 0.80, respond standard deviation ( $\sigma$ )  
= 1 และ intraclass correlation coefficient (ICC) =  
0.04 ได้ขนาดตัวอย่าง 302 ราย ในแต่ละกลุ่มจึงกำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่นอนรอคลอดตามปกติ 310 ราย และกลุ่มที่ใช้ทำนั้งมณีเวช 310 ราย รวมกลุ่มตัวอย่าง 620 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 รายในแต่ละกลุ่มในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ (1) อายุ 18-45 ปี (2) ไม่มีประวัติการผ่าตัดคลอดออกทางหน้าท้องมาก่อน และ (3) คลอดผ่านทางช่องคลอด

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ (1) ผู้คลอดที่ไม่สามารถนั่งท่ามณีเวชได้ (2) ผู้คลอดที่ไม่สามารถสื่อสารให้รู้เรื่องเข้าใจ และ (3) ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บป่วยร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ รกเกาะต่ำ ฯลฯ

เกณฑ์ในการยุติการศึกษา (discontinuing/termination criteria) ได้แก่ (1) ผู้คลอดที่ปรับสมดุร่างกายด้วยมณีเวช แต่ไม่มีความก้าวหน้าในการคลอด ให้ยุติการศึกษาและ (2) ผู้คลอดขอยุติและออกจากการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจะทำการจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) อายุแตกต่างกัน ไม่เกิน 5 ปี (2) ลำดับที่การตั้งครรภ์เดียวกัน เช่น ครรภ์แรก ครรภ์ที่ 2 เป็นต้น (3) อายุครรภ์แตกต่างกัน ไม่เกิน 1 สัปดาห์ และ (4) การได้รับหรือไม่ได้รับยา Oxytocin เหมือนกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินระดับความเจ็บปวด numeric pain scale เป็นแบบประมาณระดับความเจ็บปวดแบบตัวเลข ตั้งแต่คะแนน 0 ถึง 10 คะแนน โดยที่คะแนน 0 คะแนนหมายถึงไม่รู้สึกรู้สึกเจ็บปวดเลย และคะแนน 10 คะแนน หมายถึงรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด

แบบบันทึกอาการปวด ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือด ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ฯลฯ

2) ข้อมูลระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด

ปริมาณการสูญเสียเลือด และการใช้ทำนั้งมณีเวช

คู่มือการปรับสมดุร่างกายด้วยมณีเวช และทำนั้งมณีเวชในระยะคลอดตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

### วิธีการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชุมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ หล่มสัก หล่มเก่า ศรีเทพ และบึงสามพัน เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดประชุมวิชาการและฝึกปฏิบัติการปรับสมดุร่างกายและการใช้ทำนั้งมณีเวชให้กับพยาบาลห้องคลอดจากโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง แบ่งเป็น 3 รุ่น ๆ ละ 1 วัน เพื่อให้พยาบาลห้องคลอดจากโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง พยาบาลห้องคลอดจากโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ได้ฝึกปฏิบัติให้ผู้คลอดปรับสมดุร่างกายและทำนั้งมณีเวชที่งานห้องคลอดของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ทุกคน และทีมบุคลากรมณีเวชของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เยี่ยมหน่วยงานห้องคลอด เพื่อประเมินและติดตามการปฏิบัติของพยาบาลห้องคลอดในโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มผู้คลอด ได้รับคำชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างคลอดที่เสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บันทึกข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือด เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบจำนวน จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนการใช้ทำนั้งมณีเวชและได้รับคู่มือมณีเวชก่อนเข้าสู่ระยะคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดใช้ทำนั้งมณีเวชชั่วโมงละ 3 รอบ ๆ ละ 20 นาที จำนวน 3 ครั้ง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม. (ระยะที่ 1) จะยุติการนั่งท่ามณีเวช และผู้คลอดจะเบ่งคลอดทารกจนกระทั่งคลอดรก บันทึกที่ระดับความเจ็บปวด ทุก 1 ชั่วโมง ระยะ

เวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดของระยะการคลอดทั้ง 3 ระยะ

ในระหว่างการใช้ทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวด การใช้น้ำมันงมีผลต่อระดับความเจ็บปวด 3 ชั่วโมงๆ ละ 3 รอบ รอบละ 20 นาที แต่ไม่มีความก้าวหน้าในการคลอด จะยุติการวิจัยและรายงานแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาให้ดำเนินการคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ การเจ็บป่วย ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดด้วย Independent t-test เปรียบเทียบอัตราการตกเลือดด้วย Chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดด้วย Binary logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารการรับรองเลขที่ 003-2558 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักความปลอดภัยและลดโอกาสการเกิดความเสียหายให้น้อยที่สุด

#### ผลการศึกษา

ผู้คลอดจำนวน 620 ราย แบ่งเป็นกลุ่มนอนรอคลอดปกติ 310 ราย และกลุ่มนึ่งทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวด 310 ราย ทั้ง 2 กลุ่มมีสัดส่วนอายุใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อายุ 21-30 ปี มากที่สุดร้อยละ 25.6 และ 24.7 ตามลำดับ อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ร้อยละ 13.7 และ 13.9 ตามลำดับ อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 0.6 อายุครรภ์ของทั้ง 2 กลุ่มใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อายุครรภ์

38 - 40 สัปดาห์ ร้อยละ 41.3 และ 40.6 ตามลำดับ สำหรับลำดับที่ของการตั้งครรภ์เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คือ ครรภ์แรกมากที่สุด รองลงมาครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 24.2 และ 16.5 ตามลำดับ การได้รับยา Oxytocin เท่ากัน ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา Oxytocin ร้อยละ 32.7 เท่ากัน (ตารางที่ 1)

เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะระหว่างกลุ่มนอนรอคลอดปกติ กับกลุ่มนึ่งทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวด อายุและอายุครรภ์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ( $p>0.05$ ) อายุเฉลี่ยของกลุ่มนอนรอคลอดปกติ และกลุ่มนึ่งทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวด 25.2 และ 25.1 ปี ตามลำดับ สำหรับอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากัน คือ 38.7 สัปดาห์ (ตารางที่ 2)

ผลของทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวดขณะรอคลอด พบว่า เมื่อปากมดลูกมีการเปิดขยายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ซม. ซึ่งเป็นระยะที่ยังไม่เริ่มใช้ทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวด มีระดับความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด 6.45 และ 6.04 ตามลำดับ เมื่อปากมดลูกเปิด 3 ซม. ผู้คลอดนึ่งทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวดต่ำกว่า ผู้คลอดที่นอนรอคลอดปกติ ทั้งระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. (ค่าเฉลี่ย 7.49 และ 8.04 ตามลำดับ) และ 8-10 ซม. (ค่าเฉลี่ย 8.63 และ 9.34 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) (ตารางที่ 3)

ผู้คลอดที่ใช้ทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวด มีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติทั้ง 3 ระยะ ดังนี้ (ตารางที่ 4)

ระยะที่ 1 ผู้คลอดที่ใช้ทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวดมีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติเฉลี่ย 3.1 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ระยะเวลาการคลอดเฉลี่ย 7.9 และ 11.0 ชั่วโมงตามลำดับ

ระยะที่ 2 ผู้คลอดที่ใช้ทำนึ่งมีผลต่อระดับความเจ็บปวดมีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติเฉลี่ย 2.5 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ระยะเวลาการคลอดเฉลี่ย 15.8 และ 18.3 นาทีตามลำดับ

ระยะที่ 3 ผู้คลอดที่ใช้ทำนั่งมณีเวชขณะรอคลอดมีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติเฉลี่ย 0.8 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระยะเวลารอคลอดเฉลี่ย 4.9 และ 5.7 นาที ตามลำดับ

ผู้คลอดที่ใช้ทำนั่งมณีเวชขณะรอคลอด มีปริมาณการสูญเสียเลือดในการคลอดน้อยกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติเฉลี่ย 71.4 มล. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ปริมาณสูญเสียเลือดเฉลี่ย 270.5 และ 341.9 มล. ตามลำดับ แต่น้ำหนักทารกแรกเกิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) (ตารางที่ 4)

ผลของทำนั่งมณีเวชต่อผลลัพธ์การคลอด พบว่าผู้คลอดที่นั่งทำมณีเวชมีการช่วยคลอดด้วยเครื่องสูญญากาศ (Vacuum) น้อยกว่าผู้คลอดที่นอนรอคลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ร้อยละ 5.5 และ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด (n=620)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มนอนรอคลอดปกติ (n=310)		กลุ่มนั่งทำมณีเวช (n=310)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)						
≤20	85	13.7	86	13.9	171	27.6
21 – 30	159	25.6	153	24.7	312	50.3
31 – 40	62	10.1	67	10.8	129	20.9
>40	4	0.6	4	0.6	8	1.2
2. อายุครรภ์ (สัปดาห์)						
<38	41	6.6	38	6.1	79	12.7
38 – 40	256	41.3	252	40.6	508	81.9
>40	13	2.1	20	3.3	33	5.4
3. ลำดับที่การตั้งครรภ์						
ครรภ์ที่ 1	150	24.2	150	24.2	300	48.4
ครรภ์ที่ 2	102	16.5	102	16.5	204	33.0
ครรภ์ที่ 3	39	6.3	39	6.3	78	12.6
ครรภ์ที่ 4	16	2.5	16	2.5	32	5.0
ครรภ์ที่ 5	3	0.5	3	0.5	6	1.0
4. ได้รับยาหดรัดตัวของมดลูก						
ไม่ได้รับ Oxytocin	203	32.7	203	32.7	406	65.4
ได้รับ Oxytocin	107	17.3	107	17.3	214	34.6

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของอายุและอายุครรภ์ระหว่างกลุ่มนอนรอคลอดปกติกับกลุ่มนั่งทำมณีเวชขณะรอคลอด (n=620)

การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มนอนรอคลอดปกติ (n=310)		กลุ่มนั่งทำมณีเวช (n=310)		Independent p-value	
	Mean	SD	Mean	SD	t-test	
1. อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี	25.2	5.9	25.1	6.2	0.271	0.786
2. อายุครรภ์ต่างกันไม่เกิน 1 สัปดาห์	38.7	1.1	38.7	1.3	0.508	0.611

ผลการใช้น้ำต้มสุกต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดในผู้คลอดปกติ

12.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้คลอดที่นึ่งน้ำต้มสุกมีภาวะการตกเลือดหลังคลอด ต่ำกว่าผู้คลอดที่นอนรอคลอด ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ร้อยละ 4.8 และ 12.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 3 น้ำหนักทารก และการนึ่งน้ำต้มสุก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือด หลังคลอดกับการการตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 3 เพิ่มขึ้น 1 นาที เพิ่มโอกาสการตกเลือด หลังคลอด 1 เท่า ( $1.029 < 95.0\% \text{ CI} > 1.151, p < 0.05$ ) น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้น 1 กรัม เพิ่มโอกาสการตกเลือด หลังคลอด 1 เท่า ( $1.001 < 95.0\% \text{ CI} > 1.002, p < 0.05$ ) และการนึ่งน้ำต้มสุกเป็นปัจจัยป้องกันช่วยลดโอกาสการ

ตารางที่ 3 ระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มนอนรอคลอดปกติ กับกลุ่มนึ่งน้ำต้มสุก ( $n=620$ )

การเปิดของปากมดลูก	กลุ่มนอนรอคลอดปกติ ( $n=310$ )		กลุ่มนึ่งน้ำต้มสุก ( $n=310$ )		Independent p-value	
	Mean	SD	Mean	SD	t-test	
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ซม.	6.04	1.92	6.45	1.78	- 2.735	0.006*
- 4-7 ซม.	8.04	1.37	7.49	1.36	5.066	0.000*
- 8-10 ซม.	9.34	0.91	8.63	1.42	7.779	0.000*

\* =  $p < 0.05$

ตารางที่ 4 ระยะเวลาการคลอดและปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างกลุ่มนอนรอคลอดปกติกับกลุ่มนึ่งน้ำต้มสุก ( $n=620$ )

ระยะเวลาการคลอด	กลุ่มนอนรอคลอดปกติ ( $n=310$ )		กลุ่มนึ่งน้ำต้มสุก ( $n=310$ )		Independent p-value	
	Mean	SD	Mean	SD	t-test	
ระยะที่ 1 (ชม)	11.0	5.5	7.9	5.9	6.95	0.000*
ระยะที่ 2 (นาที)	18.3	16.5	15.8	12.3	2.19	0.028*
ระยะที่ 3 (นาที)	5.7	4.8	4.9	2.9	2.6	0.009*
ปริมาณการสูญเสียเลือด (มล.)	341.9	226.7	270.5	4.6	4.6	0.000*
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	3039.8	371.4	3058.1	402.1	-0.59	0.556

\* =  $p < 0.05$

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การคลอดและอัตราการตกเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มนอนรอคลอดปกติกับกลุ่มนึ่งน้ำต้มสุก ( $n=620$ )

ข้อมูล	กลุ่มนอนรอคลอดปกติ ( $n=310$ )		กลุ่มนึ่งน้ำต้มสุก ( $n=310$ )		Chi-square test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ผลลัพธ์การคลอด						
- คลอดปกติ(normal)	271	87.4	293	94.5	9.501	0.002*
- ใช้เครื่องสุญญากาศ (vacuum)	39	12.6	17	5.5		
2. การตกเลือดหลังคลอด (PPH)						
- ไม่ตกเลือด	270	87.1	295	95.2	12.47	0.000*
- ตกเลือด	40	12.9	15	4.8		

\* =  $p < 0.05$

ตกเลือดได้ 68.5% (16.0<95.0%CI>61.9, p<0.05) (ตารางที่ 6)

### วิจารณ์

การนั่งท่ามณีเวชขณะรอคลอด โดยการนั่งหลังตรง ผ่าเท้าประกบกัน เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดขณะมดลูกหดรัดตัว ให้ผู้คลอดหายใจเข้าให้เต็มปอด กลั้นลมหายใจ โน้มตัวไปข้างหน้าเหยียดแขนกดเข้าให้ติดพื้นให้มากที่สุด ทำนั่งมณีเวชนี้เป็นการช่วยขยายช่องเชิงกราน ขณะเดียวกันการโน้มตัวมาข้างหน้าช่วยดันกระบังลม ทำให้มีการดันทารกให้เคลื่อนต่ำลงเร็วขึ้น ทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายเร็วขึ้น และทารกเคลื่อนต่ำลงเป็นการเร่งการคลอดให้เร็วขึ้นเช่นกัน การนั่งท่ามณีเวชขณะรอคลอดลดระดับความเจ็บปวดลงได้เมื่อเทียบกับการนอนรอคลอดปกติ โดยการนั่งท่ามณีเวชช่วยปรับสมดุลบริเวณอุ้งเชิงกรานให้อุ้งเชิงกรานขยาย ลดการกดเบียดของมดลูกต่อเส้นประสาท เส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงและ

น้ำเหลือง ส่งผลให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น จึงทำให้อาการปวดท้องและปวดหลังของการเจ็บครรภ์คลอดลดลง<sup>(17)</sup> นอกจากนี้การที่ผู้คลอดนั่งตัวตรงและกดเข้าให้แนบพื้นมากที่สุดขณะมดลูกมีการหดตัว ช่วยให้ช่องทางคลอดยืดขยายได้ดี กระดูกสันหลังเปลี่ยนจากลักษณะ lordosis เป็นลักษณะ kyphosis จึงทำให้แนวเชิงกรานหน้าหลังและแนวขวางกว้างขึ้น ช่องทางคลอดจึงกว้างขึ้น<sup>(6)</sup> ทำให้ทารกมีการเคลื่อนต่ำลง การที่ส่วนนำของทารกตกลงที่กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกดลงที่ปากมดลูก จะเกิดการกระตุ้น stretch receptor ส่งไปที่ต่อมใต้สมองส่วนหลัง หรือ posterior pituitary gland จึงกระตุ้นให้มีการปล่อย oxytocin hormone ซึ่งมีผลให้การหดรัดตัวของมดลูกแรงขึ้น และเคลื่อนทารกต่ำลง ปากมดลูกมีความบางและเกิดขยายตัวเร็วขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า การนั่งท่ามณีเวชมีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่าการนอนรอคลอดปกติทั้ง 3 ระยะ โดยลระยะที่ 1 เฉลี่ย 3.1 ระยะที่ 2 ลดลงเฉลี่ย 2.5 นาที และระยะที่ 3 ลดลงเฉลี่ย 0.8 นาที สอดคล้องกับ

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในผู้คลอดที่ใช้ท่ามณีเวชและผู้คลอดที่นอนรอคลอดปกติ (n=620)

ตัวแปร Step 1(a)	B	S.E.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95.0%CI for EXP(B)	
							Lower	Upper
อายุ	-0.020	0.031	0.437	1	0.509	0.980	0.922	1.041
ลำดับที่การตั้งครรภ์	-0.150	0.213	0.495	1	0.482	0.861	0.567	1.307
อายุครรภ์(สัปดาห์)	0.012	0.133	0.008	1	0.929	1.012	0.780	1.312
การได้รับยา Oxytocin	0.133	0.312	0.180	1	0.671	1.142	0.619	2.107
ชนิดการคลอด	0.551	0.468	1.384	1	0.239	1.735	0.693	4.346
ระยะที่ 1	-0.052	0.035	2.205	1	0.138	0.950	0.887	1.017
ระยะที่ 2	0.004	0.009	0.222	1	0.638	1.004	0.986	1.023
ระยะที่ 3	0.085	0.029	8.631	1	0.003*	1.088	1.029	1.151
น้ำหนักทารก	0.002	0.000	13.352	1	0.000*	1.002	1.001	1.002
การนั่งท่ามณีเวช	-1.155	0.345	11.250	1	0.001*	0.315	0.160	0.619
Constant	-7.120	5.12	1.931	1	0.165	0.165		

หมายเหตุ: Nagelkerke R square = 0.140, RMSE = 0.3213, การนั่งท่ามณีเวชลดโอกาสการตกเลือด = 68.5,

ร้อยละการทำนายการตกเลือด = 21.8, ร้อยละการทำนายการไม่ตกเลือด = 96.3

สถิติ binary logistic regression, \*=p<0.05



การศึกษาของ นูรีโลลา มาเละ<sup>(18)</sup> ที่พบว่าผู้คลอดที่ใช้ศาสตร์มะพร้าว มีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ศาสตร์มะพร้าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยช่วยลดระยะเวลาของการคลอดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 36 นาที จากผลของทำนังมะพร้าวที่ลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จึงลดการเกิดภาวะการคลอดล่าช้า (Prolong labour) ซึ่งเป็นผลต่อการคลอดที่สำคัญที่ทำให้ผู้คลอดที่นังทำนังมะพร้าวมีการใช้หัตถการช่วยคลอดด้วยสุญญากาศต่ำกว่าการนอนรอคลอดปกติ และการลดระยะเวลาการคลอดระยะที่ 3 การคลอดตรึงจึงช่วยลดปริมาณการสูญเสียเลือด และลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดได้ ปัจจัยระยะเวลาการคลอดระยะที่ 3 น้ำหนักทารก และการนังทำนังมะพร้าว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาการคลอดระยะที่ 3 เพิ่มขึ้น 1 นาทีเพิ่มโอกาสการตกเลือดหลังคลอด 1 เท่า ขณะที่น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้น 1 กรัม เพิ่มโอกาสการตกเลือดหลังคลอด 1 เท่า และที่สำคัญการนังทำนังมะพร้าวเป็นปัจจัยป้องกันช่วยลดโอกาสการตกเลือดได้ถึงร้อยละ 68.5 การส่งเสริมให้พยาบาลห้องคลอดนำทำนังมะพร้าวไปใช้ในการพยาบาลผู้คลอด ซึ่งสามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการใช้ทำนังมะพร้าวได้ง่ายและไม่ยุ่งยากซับซ้อน การนำทำนังมะพร้าวไปใช้ในการพยาบาลผู้คลอดจะช่วยลดระยะเวลาการคลอด และลดปริมาณการสูญเสียเลือดและการตกเลือดหลังคลอดลงได้

#### สรุปผลและเสนอแนะ

การนังทำนังมะพร้าวเป็นการช่วยขยายช่องเชิงกราน มีการดันทารกให้เคลื่อนต่ำลงเร็วขึ้น ทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยายเร็วขึ้น และทารกเคลื่อนต่ำลง เป็นการเร่งการคลอดให้เร็วขึ้น การนังทำนังมะพร้าวจึงลดระยะเวลาการคลอด ลดปริมาณการสูญเสียเลือด และการตกเลือดหลังคลอด โดยปัจจัยระยะเวลาการคลอดระยะที่ 3 น้ำหนักทารก และการนังทำนังมะพร้าว มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด โดยการนังทำนังมะพร้าวเป็นปัจจัยป้องกันช่วยลดโอกาสการตกเลือดได้ถึงร้อยละ 68.5

#### ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่ต้องการนำทำนังมะพร้าวไปใช้ในการปฏิบัติ พยาบาลควรได้รับการฝึกทักษะการใช้ทำนังมะพร้าวที่ถูกต้องเพื่อให้การใช้ทำนังมะพร้าวในการให้การพยาบาลขณะรอคลอดมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

การใช้ทำนังมะพร้าวในผู้คลอด เป็นการปฏิบัติที่ผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้ และพยาบาลสามารถฝึกปฏิบัติได้ การนำทำนังมะพร้าวมาให้ผู้คลอดนังรอคลอดจะส่งเสริมให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบาย ลดระดับความเจ็บปวด ช่วยให้การคลอดก้าวหน้ารวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลาการคลอดและป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เขตสุขภาพที่ 2 ควรขยายผลการใช้ทำนังมะพร้าวในผู้คลอดในห้องคลอดในโรงพยาบาล เพื่อลดความเจ็บปวดขณะคลอด ลดระยะเวลาการคลอด และป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงคลอด

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 2 ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ หล่มสัก หล่มเก่า บึงสามพันและศรีเทพที่อนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้คลอดกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

#### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. โฉมพิลาศ จงสมชัย ภาวะตกเลือดหลังคลอด postpartum hemorrhage, PPH. Srinagarind Med J 2010;25(Suppl): 15-8.
3. เจศฎา ถิ่นคำรพ. สูติศาสตร์เชิงประจักษ์. กรุงเทพมหานคร: คลังน่านาวิทยา; 2550.
4. ทิวากร ชำนิกุล พัทธวีไล ศรีแสง. ผลของโปรแกรม แร่งสนับสนุนจากญาติต่อความเจ็บปวดของผู้คลอด ครรภ์แรก ในระยะที่ 1 ของการคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553;33:33-42.

5. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:16-24.
6. ศศิธร พุ่มดวง. การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อัลลายด์เพรส; 2551.
7. ดาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, วิชิตา ไชยศิริวามงคล. ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2554;34:31-9.
8. Hundley V H, Ryan M, Graham W. Assessing women's preferences for intrapartum care. *Birth* 2001;28:254-63.
9. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage* 1991;6:479-80.
10. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, van Westhuisen S, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:567-71.
11. Roberts J, Malasanos L, Mendez-Bauer C. Maternal positions in labor: analysis in relation to comfort and efficiency. *Birth Defects Orig Artic Ser* 1981;17:97-128.
12. Simkin P. Non-pharmacological methods of pain relief during labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, editors. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press; 1991. p 893-912.
13. ศศิธร พุ่มดวง. การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2556;21:291-300.
14. ประสิทธิ์ มณีจิระประการ. การจัดกระดุกแบบโบราณของไทย-จีน-อินเดีย (วิดิทัศน์). นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
15. นกตล นิงसानนท์. มณีเวชเพื่อชีวิตง่ายๆ สบายๆ. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)* 2554;3:1-12.
16. วนิตา วงศ์มณีวรรณ. การนั่งท่าผีเสื้อต่อการเปิดปากมดลูกขณะรอคลอด. *วารสารวิชาการเขต 12* 2558;21:51-4.
17. มนตรี ศิริเศรษฐ์. การนั่งรอคลอดท่าผีเสื้อแบบมณีเวชต่อการเจ็บครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว. *วารสารวิชาการเขต 12* 2558;26:14-6.
18. นูร์ไลลา มาละ. ผลของการใช้ศาสตร์มณีเวชลดระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอด. การประชุมวิชาการประจำปี R to R ครั้งที่ 9; 6-8 กรกฎาคม 2559, ศูนย์การประชุม Impact Forum เมืองทองธานี, กรุงเทพมหานคร.

**Abstract: Effect of Manevej Sitting Position Technique on Labour Pain Level, Duration Time of Delivery and Blood Loss in Normal Labour**

*Kulrut Borrirukwanit, Dip in Nursing Science, M.Sc., Ph.D.\*; Pairat Jindajumnong, Dip in Nursing Science\*; Sauwaros Pomyen, Dip in Nursing Science\*\*; Kejwara Junhmaun, Dip in Nursing Science\*\*\*; Kumpha Yusuk, Dip in Nursing Science\*\*\*\*; Tachawan Seewan, Dip in Nursing Science\*\*\*\*\*; Chaiyanan Thayawiwat, M.D., M.P.H.\*\*\*\*\**

*\* Phetchabun Hospital; \*\* Lomsak Hospital; \*\*\* Srithep Hospital, \*\*\*\* Bungsampun Hospital; \*\*\*\*\* Lomkaew Hospital; Phetchabun Province, \*\*\*\*\* Public Health Regional 2, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:455-65.*

Postpartum haemorrhage is a leading cause of maternal mortality. Manevej technique is one of the disciplines of alternative medicine that used the maneuver of Manevej sitting position technique during the time of labour. The objective of this study was to compare pain level mean, duration time of labor, the mean of blood loss in labor and postpartum hemorrhage between normal labour with normal rest versus Manevej sitting position technique. It was conducted as a multicenter study with quasi-experimental design. The samples consisted of 620 normal late pregnant women receiving delivery services at 5 hospitals in Phetchabun province: Phetchabun, Lomsak, Lomkaew, Srithep and Bungsampun. The samples were divided into 2 groups, 310 each. The control group was managed by having a normal rest and the experimental group was resting with Manevej sitting position. The research tools included pain scale, body balance, Manevej sitting position manual, and data record form. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, independent t-test, Chi-square and logistic regression. Significance level was set at 0.05. It was found that the Manevej sitting position technique group had lower labour pain and had less time duration of delivery than the normal rest group up to 3.1 hours, 2.5 minutes and 0.8 minutes in the stage 1, 2 and 3, respectively ( $p < 0.05$ ). Importantly, the Manevej sitting position technique group indicated significantly less blood loss than the control, up to 71.4 ml ( $p < 0.05$ ). A one minute increase in the third stage of labour increased the chance of hemorrhage after delivery 1 time. A one gram increase in birth weight of newborn also increased the chance of hemorrhage after delivery 1 time. Thus, Manevej sitting position technique reduced the chance of postpartum hemorrhage by 68.5%. In conclusion, applying the Manevej sitting position technique in normal delivery could reduce labour pain, enhance the cervix dilatation, reduce the duration time of labour and, consequently, reduce the amount of blood loss and the rate of postpartum hemorrhage. Therefore, the use of Manevej sitting position technique should be advocated for normal labours in all health care facilities.

**Keywords: Manevej sitting position, pain level, duration time of delivery, blood loss, normal labour**