



ผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับ  
การศึกษาคของผีเข้บ และความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก

ทิวา ศรีสัน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับ  
การศึกษาของพี่เลี้ยง และความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก



ทิวา ศรีสัน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

EFFECTS OF MIDWIFERY MANAGEMENT DURING LABOR PROGRAM ON  
DURATION OF SECOND STAGE, DEGREE OF PERINEAL TEAR AND COMFORT IN  
PRIMIPAROUS WOMEN



TIWA SRISUN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE  
IN MIDWIFERY  
FACULTY OF NURSING  
BURAPHA UNIVERSITY

2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ทิวา ศรีสัตน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.โสฬส ชูนวน)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

61920064: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)

คำสำคัญ: ทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ/ ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด/ ระดับการ  
 ฝึกขาดของฝีเย็บ/ ความสุขสบายในระยะคลอด

ทิวา ศรีสัน : ผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่ 2  
 ของการคลอด ระดับการฝึกขาดของฝีเย็บ และความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก. (EFFECTS OF  
 MIDWIFERY MANAGEMENT DURING LABOR PROGRAM ON DURATION OF SECOND  
 STAGE, DEGREE OF PERINEAL TEAR AND COMFORT IN PRIMIPAROUS WOMEN)  
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ศิริวรรณ แสงอินทร์, Ph.D., อุษา เชื้อหอม, Ph.D. ปี พ.ศ. 2566.

ระยะที่ 2 ของการคลอดเป็นช่วงเวลาที่สำคัญต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก ดังนั้น  
 คุณภาพการดูแลในระยะที่ 2 ของการคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ การวิจัยเชิง  
 ทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ  
 ทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการฝึกขาดของฝีเย็บ และความสุข  
 สบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับบริการคลอดใน  
 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน พ.ศ. 2564  
 จำนวน 50 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการ  
 จัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมประกอบด้วยระยะที่ 1  
 ของการคลอด ให้ความรู้ และระยะที่ 2 ของการคลอด จัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ แบ่ง  
 คลอดแบบธรรมชาติ อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลา และทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน ส่วนกลุ่ม  
 ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล  
 และข้อมูลทางสถิติศาสตร์ และแบบประเมินความสุขสบายในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง  
 พรรณนา การทดสอบค่าทีแบบอิสระ และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่า ระดับการฝึก  
 ขาดของฝีเย็บน้อยกว่า และความสุขสบายในระยะคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
 ( $t_{33.22} = -4.44, p < .001$ ; Corrected Chi-square = 17.46,  $p < .001$ ;  $t_{48} = 3.40, p < .001$  ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำโปรแกรมการจัดการ  
 ทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอด

61920064: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)

KEYWORDS: FLEXIBLE SACRUM POSITION/ DURATION OF SECOND STAGE/  
DEGREE OF PERINEAL TEAR/ CHILDBIRTH COMFORT

TIWA SRISUN : EFFECTS OF MIDWIFERY MANAGEMENT DURING  
LABOR PROGRAM ON DURATION OF SECOND STAGE, DEGREE OF PERINEAL TEAR  
AND COMFORT IN PRIMIPAROUS WOMEN. ADVISORY COMMITTEE: SIRIWAN  
SANGIN, Ph.D., USA CHUAHORM, Ph.D. 2023.

The second stage of labor is a critical time for the safety of the mother and baby. There, quality of nursing care during the second stage of labor is important that nurse need to be concerned. The objective of this experimental design with two-group posttest-only was to examine effect of midwifery management during labor program on duration of second stage, degree of perineal tear and childbirth comfort among primiparous women. The subjects were 50 primiparous women at a tertiary hospital in Nakhon Pathom province between April to September 2021. They were randomly assignment to either an experimental group ( $n = 25$ ) or a control group ( $n = 25$ ). The experimental group received the midwifery management during labor program combine with usual nursing care. The program consisted of providing education during the first stage of labor and providing a flexible sacum position, spontaneous pushing, staying with women, and two step head to body delivery during the second stage of labor; while the control group received usual nursing care only. Data were collected by using a personal and obstetric data record form and childbirth comfort questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent  $t$ -test and Chi-square test.

The findings revealed that the experimental group had significantly shorter duration of second stage of labor, less degree of perineal tear and more childbirth comfort than those in the control group ( $t_{33,22} = - 4.44, p < .001$ ; Corrected Chi-square = 17.46,  $p < .001$ ;  $t_{48} = 3.40, p < .001$ , respectively).

The findings for this study suggest that midwives should apply this nursing management during labor program to laboring mothers during labor.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความตั้งใจ ความมุ่งมั่นของผู้วิจัย และได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจเป็นอย่างยิ่งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่มีประโยชน์ยิ่ง อีกทั้งช่วยแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีเช่นกัน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการค้นคว้า หาความรู้ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ยิ่ง ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลนครปฐม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม หัวหน้างานห้องคลอดรวมทั้งพยาบาลห้องคลอดทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นให้มีการพัฒนาความคิดในการศึกษา และพัฒนาการพยาบาลในระหว่างการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแต่ บุษการี บุรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

ทิวา ศรีลิ้น

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
การคลอด .....	9
การบาดเจ็บของช่องทางคลอด .....	16
ความสุขสบายในระยะคลอด .....	25
โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด .....	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
รูปแบบการวิจัย.....	34
สถานที่ศึกษา.....	34



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	35
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	35
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	37
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	40
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	46
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล .....	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
การอภิปรายผล .....	57
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	60
ข้อเสนอแนะ .....	61
บรรณานุกรม .....	62
ภาคผนวก .....	69
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย .....	70
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการวิจัย เอกสารการขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย.....	74
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	78
ภาคผนวก ง ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ทางสถิติ.....	94
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	97
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	99

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	โครงสร้างของมิติความสุขสบาย จากหนังสือ Comfort Theory and Practice .....	25
ตารางที่ 2	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ ).....	47
ตารางที่ 3	ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ ).....	50
ตารางที่ 4	ข้อมูลท่าที่ใช้ในการเบ่งคลอด.....	52
ตารางที่ 5	ข้อมูลการฝึกขาของผีเสื้อ .....	52
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด (นาที) ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ ) ด้วยสถิติ Independent $t$ -test.....	53
ตารางที่ 7	การเปรียบเทียบระดับการฝึกขาของผีเสื้อระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ ) ด้วยสถิติ Chi-square test.....	54
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบความสุขสบายในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ ) ด้วยสถิติ Independent $t$ -test .....	55
ตารางที่ 9	การทดสอบการแจกแจงปกติของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และค่าเฉลี่ยความสุขสบายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ One-sample kolmogorov-sminov test .....	95
ตารางที่ 10	การทดสอบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และค่าเฉลี่ยความสุขสบายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Levene's test .....	95
ตารางที่ 11	การทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่ม ของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และค่าเฉลี่ยความสุขสบายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Run test .....	95
ตารางที่ 12	การทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน ของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และค่าเฉลี่ยความสุขสบายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Durbin-Watson .....	96

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด.....	7
ภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปิดขยายของปากมดลูก (Cunningham, 2018) .....	10
ภาพที่ 3 การกระดกของกระดูกก้นกบ (Williams et al., 2007) .....	32
ภาพที่ 4 รูปแบบการวิจัย .....	34
ภาพที่ 5 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง .....	37
ภาพที่ 6 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย .....	44
ภาพที่ 7 ท่าคุกเข่า (Kneeling) .....	86
ภาพที่ 8 ท่าคลาน (Hands-and-knees) .....	86
ภาพที่ 9 ท่านั่งยอง (Squatting) .....	87
ภาพที่ 10 ท่านอนตะแคง (Side-lying).....	88

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะที่ 2 ของการคลอดเริ่มต้นตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร จนถึงทารกคลอด ออกมาทั้งตัว ใช้เวลาประมาณ 50 นาทีในครรภ์แรก และ 20 นาทีในครรภ์หลัง (Cunningham et al., 2018) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดต่อทั้งมารดาและทารก เนื่องจากเป็นระยะที่มีความตึงเครียดมากที่สุดในการคลอด (กิตติมา คิ้วมณี และคณะ, 2560) พยาบาลจำเป็นต้องเฝ้าระวังและให้การดูแล มารดาและทารกอย่างใกล้ชิด โดยทั่วไปการดูแลในระยะที่ 2 ของการคลอด จะจัดให้ผู้คลอดอยู่ใน ท่านนอนหงายราบชันเข่า (Dorsal recumbent) หรือนอนหงายราบยกขาพาดบนขาห้อย (Lithotomy) เพราะท่านี้ทำให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ทำคลอด สามารถมองเห็นการเคลื่อนตัวของศีรษะทารกได้ดี ง่ายต่อการตัดฝีเย็บ แต่ท่านี้ทำให้ปลายกระดูกก้นกบถูกกดทับกับเตียง ไม่สามารถขยายออกไปทาง ด้านหลัง มีโอกาสเพิ่มการฉีกขาดของฝีเย็บ นอกจากนี้ท่านี้ยังทำให้ไม่เกิดการเคลื่อนตัวของส่วนหน้า (Terry et al., 2017) เพราะไม่ได้อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลกและทิศทางของแรงจากการหดตัวของ มดลูก และแรงเบ่งของผู้คลอดไม่เป็นไปตามแรงโน้มถ่วงของโลก ส่งผลทำให้ระยะที่ 2 ของการ คลอดยาวนาน และยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและความวิตกกังวล จากการเบ่งคลอดยาวนาน อีกทั้งผู้คลอดที่อยู่ในห้องคลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดเพียงลำพัง โดยไม่มีญาติเข้ามาดูแล ก็ยังทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวล ร่างกายจะหลั่งสาร Catecholamine ทำให้มดลูกมีการหดตัวรุนแรงแบบไม่ประสานกัน ส่งผลทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุข สบายเพิ่มขึ้น

ผู้คลอดที่มีระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารก เช่น มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการเพิ่มมากขึ้น เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 3 เพิ่มมากขึ้น และตกเลือด หลังคลอดมากขึ้น ส่วนทารกแรกเกิดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน (Sandstrom et al., 2017) และการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด ซึ่งอาจทำให้มีการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ส่งผล ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดตามมาได้ นอกจากนี้เมื่อผู้คลอดเริ่มเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด พยาบาลจะให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบควบคุม โดยให้ผู้คลอดสูดลมหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นลมหายใจ และเบ่งให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ การเบ่งในลักษณะนี้จะส่งผลให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์เกิด การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้คลอดและทารก ในครรภ์ ผู้คลอดจะมีความดันโลหิตต่ำลง อาจมีอาการเวียนศีรษะ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือด

ไปเลี้ยงสมองไม่พอ และในขณะที่หยุดเบ่ง ความดันในช่องอกและช่องท้องลดลง เลือดจะไหลกลับ และออกสู่หัวใจได้อย่างรวดเร็ว ผู้คลอดจะมีความดันโลหิตสูงขึ้น อาจทำให้หลอดเลือดที่มีความเปราะบางแตกได้ง่าย เช่น ที่บริเวณตา ใบหน้า ลำคอ ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความไม่สุขสบายได้ ในขณะที่เบ่งคลอด และการเบ่งแรง ๆ อย่างต่อเนื่อง กล้ามเนื้อจะต้องทำงานอย่างหนัก และต้องใช้พลังงานอย่างมาก ผู้คลอดจะมีอาการอ่อนล้าจนจำเป็นต้องใช้หัตถการช่วยคลอด (Sandstrom et al., 2017) ส่วนนำของทารกจะมีการเคลื่อนต่ำลงมาอย่างรวดเร็ว เป็นสาเหตุให้มีการยืดขยายของช่องทางคลอดและกล้ามเนื้อของเชิงกรานอย่างรวดเร็ว กล้ามเนื้อของฝีเย็บจะได้รับบาดเจ็บ ส่วนทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Simkin & Ancheta, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ (Flexible sacrum position) เช่น ท่าคุกเข่า (Kneeling) ท่าคลาน (Hands and knees) ท่านั่งยอง (Squatting) และท่านอนตะแคง (Side-lying) ช่วยให้อัตราการคลอดเร็วขึ้น เนื่องจากท่าเหล่านี้ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ มีการขยายของช่องเชิงกรานในแนวหน้า-หลังเพิ่มขึ้น 0.5-2 เซนติเมตร และแนวขวางเพิ่มขึ้น 1 เซนติเมตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berta (2019) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างท่าที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบกับท่านอนหงายราบ พบว่า ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบช่วยลดค่าเฉลี่ยในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ถึง 21.12 นาที และการศึกษาของ Bharti (2018) ที่พบว่า ท่าคุกเข่าลำตัวตั้งตรงมีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดและการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าท่านอนหงายราบ นอกจากนี้เมื่อใช้ท่าเหล่านี้ร่วมกับการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติยังช่วยลดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดลงได้ ดังที่ สุนิดา ชัยติกุล และคณะ (2555) ศึกษาพบว่า ท่านั่งยองบนนวัตกรรมเบาะนั่งรองคลอดร่วมกับการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ ใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดน้อยกว่าท่านอนหงายชันเข้าร่วมกับการเบ่งคลอดแบบควบคุม รวมทั้งยังมีการศึกษาพบว่า การเบ่งคลอดแบบธรรมชาติช่วยลดการฉีกขาดของแผลฝีเย็บได้ ส่วนการเบ่งคลอดแบบควบคุมทำให้มีอัตราการบาดเจ็บของฝีเย็บระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ ทั้งนี้เนื่องจากการเบ่งคลอดแบบควบคุมเป็นการเบ่งที่แรงและนานจึงทำให้เนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดเกิดการฉีกขาดได้ (Albers et al., 2006) นอกจากนี้ Edqvist et al. (2016) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการของผดุงครรภ์ในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ 2) การเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ และ 3) การทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน (Two step head to body delivery) โดยทำคลอดศีรษะในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก และทำคลอดไหล่และลำตัวในช่วงมดลูกหดตัวครั้งต่อไป ผลการศึกษาพบว่า ช่วยลดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดให้สั้นลง และลดการบาดเจ็บของฝีเย็บได้

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐมมีอัตราการคลอด 300-400 รายต่อเดือน ซึ่งมาตรฐานการดูแลในระยะที่ 2 ของการคลอดประกอบด้วย การจัดให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข่า และเบ่งคลอดแบบควบคุม ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดมีระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน และต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการเพิ่มขึ้น ดังเห็นได้จากสถิติในเวชระเบียนการคลอดในปี พ.ศ. 2560-2563 ที่พบว่า ผู้คลอดมีอัตราการคลอดยาวนานร้อยละ 10.1, 11 และ 12.5 และอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 42, 50, 65 ตามลำดับ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ การเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ และการทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน ช่วยเหลือระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง ทำให้ผู้คลอดไม่ต้องเผชิญกับระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน และช่วยลดการบาดเจ็บของฝีเย็บได้ นอกจากนี้ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบบางท่า เช่น ท่าคุกเข่า ท่านั่งยอง ยังเป็นท่าที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายมากขึ้น (Sandstrom et al., 2017) รวมทั้งการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาเบ่งคลอด (Being there or staying with woman) คอยดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย พูดย้ำกำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Yuenyong et al., 2012) กิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์และเป็นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งยังไม่พบรูปแบบการพยาบาลนี้ในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการนิทรมานของฝีเย็บ และความสุขสบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะได้รูปแบบการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ดูแลผู้คลอด เพื่อช่วยลดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดยาวนาน ลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด และส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายในระยะคลอด อันจะส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และสามารถเลี้ยงดูทารกอย่างมีคุณภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการนิทรมานของฝีเย็บของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความสุขสบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดมีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดมีระดับการฝึกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดมีความสุขสบายในระยะคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Experimental design with two-group posttest-only) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่สองของการคลอด ระดับการฝึกขาดของฝีเย็บ และความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด** หมายถึง ชุดกิจกรรมทางการพยาบาลในระยะคลอด ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด (เริ่มเข้าสู่ระยะ Active phase ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด การจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยใช้แผ่นภาพประกอบการบรรยาย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ระยะที่ 2 ของการคลอด (ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร) แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย ได้แก่

2.1 ระยะเฉื่อย (Passive second stage) ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ

2.2 ระยะเร่ง (Active second stage) ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้ (1) จัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบตามที่คุณคลอดต้องการ เช่น ทำลูกเข้า ทำนั่งยอง ทำกลาน ทำนอนตะแคง (2) ให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยแบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง ผู้คลอดอาจกลั้นหายใจ ออกเสียง หรือ

ปล่อยลมหายใจออกในขณะที่เบ่งคลอดได้ จำนวนครั้งและระยะเวลาในการเบ่งแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความรู้สึกร่างกายของผู้คลอด (3) อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาการเบ่งคลอด ดูแลความสะอาดร่างกายของผู้คลอด โดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดใบหน้า พูคาให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง (4) ทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน โดยให้ศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก (ขั้นตอนที่ 1 การคลอดศีรษะ) และเมื่อมดลูกมีการหดตัวครั้งต่อไป ผู้วิจัยช่วยทำคลอดไหล่และลำตัวทารกออกมา (ขั้นตอนที่ 2 การคลอดไหล่และลำตัว)

**ระยะที่ 2 ของการคลอด (Second stage of labor)** หมายถึง ระยะเวลาคิดเป็นนาทีที่ประเมนได้จากระยะเมื่อปากมดลูกเปิดหมด จนกระทั่งทารกคลอดออกมาทั้งตัว

**ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ** หมายถึง ระดับความลึกของการฉีกขาดของฝีเย็บที่อาจจะเกิดจากการฉีกขาดเองหรือการตัดฝีเย็บ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) การฉีกขาดระดับ 1 (First degree tears) เป็นการฉีกขาดของเนื้อเยื่อบริเวณฝีเย็บชั้นผิวหนัง และชั้นใต้ผิวหนังที่ครอบคลุมทั้งบริเวณฝีเย็บด้านหน้าและด้านหลัง และเยื่อช่องคลอด 2) การฉีกขาดระดับ 2 (Second degree tears) เป็นการฉีกขาดถึงบริเวณกล้ามเนื้อของฝีเย็บ คือ กล้ามเนื้อ Bulbocavernosus กล้ามเนื้อ Superficial transverse perineal และในบริเวณ Central tendinous point จนถึงชั้นที่อยู่ด้านในสุดหรือลึกที่สุดคือกล้ามเนื้อ Pubococcygeus ซึ่งพบได้ทั่วไปจากการตัดฝีเย็บ 3) การฉีกขาดระดับ 3 (Third degree tears) เป็นการฉีกขาดระดับที่สองร่วมกับการฉีกขาดบริเวณหูรูดทวารหนัก 4) การฉีกขาดระดับ 4 (Fourth degree tears) คือการฉีกขาดของฝีเย็บถึงชั้นกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก และกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านในจนถึงเยื่อทวารหนัก

**ความสบายในระยะคลอด** หมายถึง ภาวะที่ผู้คลอดรู้สึกบรรเทา มีความพึงพอใจ และผ่อนคลาย เมื่อได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ประเมินได้จากแบบสอบถามความสบายในระยะคลอด (Childbirth comfort questionnaire) ของ Schuilmg (1999)

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง รูปแบบการดูแลระยะที่สองของการคลอดที่ทำเป็นกิจวัตรโดยพยาบาล ประกอบด้วย เมื่อปากมดลูกเปิดหมด พยาบาลให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข่า และควบคุมการเบ่งคลอด และเมื่อศีรษะทารกโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดเส้นผ่านศูนย์กลางเท่าไข่มุก พยาบาลผู้ทำคลอดจะตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น แล้วเชียร์เบ่งต่อ เมื่อศีรษะทารกจะคลอด ผู้ทำคลอดป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ หลังจากนั้นศีรษะทารกจะมี Restitution ผู้วิจัยช่วยทำ External rotation แล้วเช็ดตา คูดมูกในปากและจมูก และตรวจสายสะดือพันคอ แล้วทำคลอดไหล่และลำตัวทารก เมื่อคลอดเสร็จจะประเมินภาวะสุขภาพของผู้คลอดเป็นระยะ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ทารก



คุณนมมารดาทันทีในช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด และหากไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะย้ายผู้คลอดและทารกแรกเกิดไปดูแลต่อที่แผนกหลังคลอด

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยในระยะที่หนึ่งของการคลอด (First stage of labor) ประกอบไปด้วยการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด (Providing education) และในระยะที่ 2 ของการคลอด (Second stage of labor) แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย ได้แก่ 2.1 ระยะเนือย (Passive second stage) ผู้วิจัยทบทวนความรู้ (Content review) เกี่ยวกับการจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบและวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ และ 2.2 ระยะเร่ง (Active second stage) เป็นช่วงที่ผู้คลอดอยากเบ่งคลอดด้วยตนเอง ส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมาจนสามารถเห็น Labia minora แยกจากกัน โดยปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดประกอบ 5 ประการ ได้แก่ แรงในการคลอด (Power) ทารกที่คลอดออกมา (Passenger) ช่องทางคลอด (Passage) ท่าในการคลอด (Position) และสภาพจิตใจ (Psycho) (Lawdermilk et al., 2012) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดดังนี้ 1) ท่าคลอด โดยจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ ได้แก่ ท่าคุกเข่า ทำยืน ท่าคลาน ทำนั่งยอง ทำนอนตะแคง ทำเหล่านี้จะส่งผลให้มีการขยายของช่องเชิงกรานในแนว-หน้าหลังเพิ่มขึ้น 0.5-2 เซนติเมตร และแนวขวางเพิ่มขึ้น 1 เซนติเมตร (Ricci, 2009) จึงทำให้ช่องเชิงกรานมีการเพิ่มขนาดมากขึ้น ส่งผลให้ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลงด้วย (Simkin & Ancheta, 2005) 2) แรงในการคลอด โดยให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ คือ ผู้คลอดจะเบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง เกิดจากการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกไปกดบริเวณพื้นเชิงกราน ทำให้เกิด Ferguson reflex กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin จากต่อมใต้สมองส่วนหลัง ส่งผลให้มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น (Gizzo et al., 2014) ทำให้เกิดความรู้สึกอยากเบ่งตามธรรมชาติ จะช่วยผลักดันให้ทารกเคลื่อนต่ำลงมามากขึ้น ส่งผลให้ระยะที่สองของการคลอดสั้นลงได้ และใช้เทคนิคการทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน โดยให้ศีรษะคลอดในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก และทำคลอดไหล่และลำตัวทารกในช่วงมดลูกหดตัวครั้งต่อไป ศีรษะทารกจะค่อยๆ คลอดออกมา จะช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บได้ และ 3) สภาพจิตใจ โดยการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาเบ่งคลอด ดูแลความสบายด้านร่างกาย พูดยุให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น (Yuenyong et al., 2012) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด (เริ่มเข้าสู่ระยะ Active phase ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้ความรู้
2. ระยะที่ 2 ของการคลอด (ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร)
  - 2.1 ระยะเฉื่อย (Passive second stage) ผู้วิจัยทบทวนความรู้
  - 2.2 ระยะเร่ง (Active second stage)
    - 2.2.1 ผู้วิจัยจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบตามที่ผู้คลอดต้องการ
    - 2.2.2 ผู้วิจัยให้ผู้คลอดแบ่งคลอดแบบธรรมชาติ
    - 2.2.3 ผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาแบ่งคลอด
    - 2.2.4 ผู้วิจัยทำคลอดศีรษะและลำตัวสองชั้น ตอน

- ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่า
- ระดับการนิกลาภของฝีเย็บน้อยกว่า
- ความสุขสบายในระยะคลอดมากกว่า

ภาพที่ 1 โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการเจ็บปวดของฝีเย็บ และความสุขสบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การคลอด
  - 1.1 ความหมายของการคลอด
  - 1.2 ระยะของการคลอด
  - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด
2. การบาดเจ็บของช่องทางการคลอด
  - 2.1 ความหมายของการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด
  - 2.2 สาเหตุการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด
  - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด
  - 2.4 การประเมินระดับการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด
  - 2.5 การป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ
3. ความสุขสบายในระยะคลอด
  - 3.1 ทฤษฎีความสุขสบาย
  - 3.2 ความสุขสบายในระยะคลอด
  - 3.3 ปัจจัยที่ส่งเสริมความสุขสบายในระยะคลอด
  - 3.4 การประเมินความสุขสบายในระยะคลอด
4. โปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลผดุงครรภ์ในระยะคลอด

## การคลอด

### ความหมายของการคลอด

การคลอด (Labor) เป็นกระบวนการทำงานทางร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มดลูกหดตัว จนกระทั่งเกิดความบางของคอมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก เพื่อให้ทารก รก เยื่อหุ้มทารก และน้ำคร่ำถูกขับออกมาจากโพรงมดลูกทางช่องคลอด ซึ่งการคลอดมีทั้งการคลอดปกติ และการคลอดผิดปกติ

การคลอดปกติ (Normal labor) หมายถึง การคลอดทางช่องคลอด ที่มีอายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ ใช้ระยะเวลาในการคลอดทั้งหมดไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยได้รับการช่วยเหลือในการคลอดเป็นบางส่วน เช่น การให้ยาส่งเสริมการหดตัวของมดลูก การเจาะถุงน้ำคร่ำ ได้รับการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา หรือใช้ยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการคลอด

การคลอดผิดปกติ หมายถึง การคลอดที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของการคลอดปกติข้างต้น รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum extraction) การใช้คีมช่วยคลอด (Forceps extraction) และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section)

### ระยะของการคลอด

การคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด หรือระยะปากมดลูกเปิด เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง จนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ครรภ์แรกใช้เวลา 8-24 ชั่วโมง ส่วนครรภ์หลังใช้เวลา 6-14 ชั่วโมง (สุกัญญา ปรีดิญกุล และ นันทพร แสสนศิริพันธ์, 2553) แต่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้กราฟขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) คือ ใช้เวลาไม่เกิน 15 ชั่วโมง ระยะที่ 1 ของการคลอด แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย ดังนี้ (สุชยา ลือวรรณ และ ชีระ ทองสง, 2555)

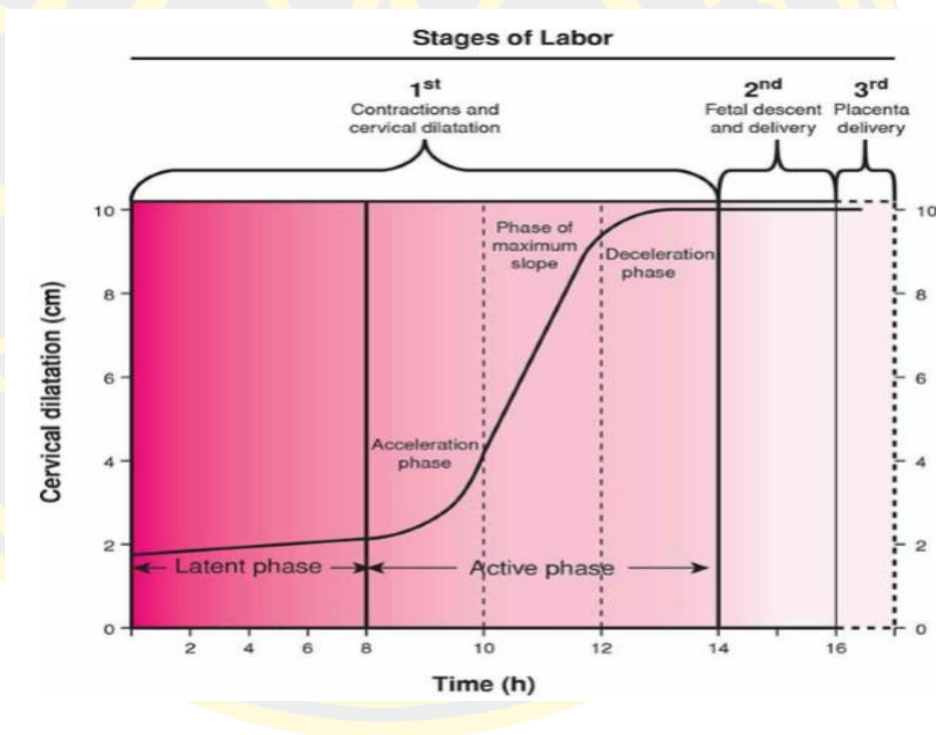
1.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า หรือระยะเฉื่อย (Latent phase) คือ ระยะที่มีการเปิดขยายของปากมดลูก 1-3 เซนติเมตร ในระยะนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 7-8 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 5 ชั่วโมงในครรภ์หลัง โดยใช้เวลาไม่เกิน 8 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเจ็บครรภ์คลอดจริง คือ มีการเปิดขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตร บาง 80% และมีการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที หรือบ่อยกว่า

1.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) คือ ระยะที่มีการเปิดขยายของปากมดลูก 4 เซนติเมตร ความบาง 80% จนกระทั่งปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ในครรภ์แรกจะมีอัตราการเปิดขยายของปากมดลูก 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ส่วนครรภ์หลัง 1.5 เซนติเมตรต่อ ระยะนี้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามลักษณะการเจ็บครรภ์และการเปิดขยายของปากมดลูก

1.2.1 ระยะปากมดลูกเริ่มเร่งเปิดขยาย (Acceleration phase) เป็นระยะที่การเปิดขยายของปากมดลูก 3-4 เซนติเมตร ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง แต่ไม่ควรเกิน 4 ชั่วโมงหากมีการแตกของถุงน้ำคร่ำ และมีการหดตัวของมดลูกเป็นปกติ

1.2.2 ระยะปากมดลูกเร่งการเปิดขยายอย่างรวดเร็ว (Phase of maximum slope) การเปิดขยายของปากมดลูกในช่วง 4-9 เซนติเมตร อัตราการเปิดขยายระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์แรก และ 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมงในครรภ์หลัง

1.2.3 ระยะปากมดลูกเปิดขยายลดลง (Deceleration phase) การเปิดขยายของปากมดลูกอยู่ในช่วง 9-10 เซนติเมตร ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในครรภ์แรก และ 30 นาทีในครรภ์หลัง



ภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปิดขยายของปากมดลูก (Cunningham, 2018)

2. ระยะที่ 2 ของการคลอด หรือระยะเบ่งคลอด เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอดทั้งตัว ครรภ์แรกใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลา 15-30 นาที แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง (พิริยา ศุภศรี, 2551) โดยทั่วไประยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในระยะนี้ประมาณ 50 นาทีในครรภ์แรก และ 20 นาทีในครรภ์หลัง (Cunningham et al., 2018)

ระยะที่ 2 ของการคลอดสามารถแบ่งออกเป็นระยะย่อยได้อีก 2 ระยะ (Stewart & Calder, 2005) คือ

2.1 Passive second stage เป็นช่วงที่ต่อจากปากมดลูกเปิดหมด มารดาจะมีอาการ สงบลง สามารถนอนพักได้ช่วงสั้น ๆ ความถี่และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกลดลง เป็นช่วงที่เตรียมจะเบ่งต่อไป ระยะนี้ใช้เวลา 10-30 นาที

2.2 Active second stage เป็นช่วงที่ส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมา จนสามารถเห็น Labia minora แยกจากกันและสามารถเห็นส่วนนำทารก ถ้าการหดตัวของมดลูกดีจะเห็นส่วนที่กว้างที่สุดของส่วนนำ (Crowning) และส่วนนำจะไม่กลับเข้าไปอีกแม้มดลูกมีการคลายตัว เป็นช่วง ที่ผู้คลอดเริ่มเบ่งคลอด ในบางตำราได้มีการแบ่งระยะย่อยของระยะที่ 2 ของการคลอดออกเป็น 3 ระยะ โดยเพิ่มระยะ Perineal หรือ Transitional phase เป็นช่วงที่ฝีเย็บบาง โป่งตึงมองเห็นส่วนนำมาตุงที่ปากช่องคลอด การหดตัวของมดลูกรุนแรงมากขึ้น

3. ระยะที่ 3 ของการคลอด หรือระยะคลอดรก คือช่วงเวลาตั้งแต่ทารกคลอดทั้งตัวจนกระทั่งรกคลอดสมบูรณ์ ใช้เวลา 5-30 นาที แต่อาจรอถึง 1 ชั่วโมงถ้าไม่มีภาวะตกเลือด (พิริยา ศุภศรี, 2551)

4. ระยะที่ 4 ของการคลอด หรือระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งระยะนี้เป็นระยะที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การตกเลือดได้

#### ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด

การคลอดทางช่องคลอดจะประสบความสำเร็จ และใช้ระยะเวลาในการคลอดยาวนานเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญคือ 1) แรงในการคลอด 2) ทารกที่คลอดออกมา 3) ช่องทางคลอด 4) ท่าของผู้คลอด 5) สภาวะจิตใจของผู้คลอด (Lawdermilk et al., 2012)

#### 1. แรงในการคลอด (Power)

แรงที่ใช้ในการขับทารกและองค์ประกอบจากการตั้งครรภ์ออกนอกมดลูก ประกอบไปด้วย 2 แรงได้แก่ แรงที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก และแรงเบ่ง

1.1 แรงที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกหรือแรงปฐมภูมิ (Primary power) แรงจากการหดตัวของมดลูกคือปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและเวลาที่ใช้ในการคลอด การหดตัวของมดลูกอยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจ จึงควบคุมไม่ได้ (พิริยา ศุภศรี, 2551) การหดตัวจะเริ่มจากบริเวณ Cornu ข้างหนึ่งก่อน ส่งผลให้ Cornu อีกข้างหนึ่ง หดตัวตามมาในเวลาอันรวดเร็ว (ในเวลาเป็นเศษส่วนของวินาที) จากนั้นกระแสการหดตัวจะรวมกันที่ยอดมดลูก แล้วกระจายไปยังมดลูก เมื่อมดลูกคลายตัวแล้วใยกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนจะสั้นกว่าเดิม ทำให้กล้ามเนื้อส่วนล่างถูกดึงให้ยืดขยายออก การหดตัวของมดลูกส่งผลให้พื้นที่ในโพรงมดลูกน้อยลง ขณะที่

องค์ประกอบการตั้งครรภ์เท่าเดิม จึงมีแรงดันภายในโพรงมดลูกเพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น

1.2 แรงเบ่งของผู้คลอด (Secondary power) ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากปากมดลูกเปิดหมด และส่วนนำของทารกในครรภ์มากคบริเวณกล้ำมเนื้อพื้นเชิงกราน แรงนี้เป็นแรงที่มีความสำคัญมากในระยะที่ 2 ของการคลอด เนื่องจากแรงเบ่งของผู้คลอดจะช่วยเสริมแรงที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก แรงเบ่งที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากมดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น ทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงสู่ช่องคลอด แรงกดของส่วนนำจะกระตุ้นประสาทรับรู้ลึกลับบริเวณช่องคลอด ทำให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Reflex mechanism) ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง ซึ่งความรู้สึกอยากเบ่งในระยะนี้สามารถควบคุมได้ (Voluntary) แต่ในระยะหลังเมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมากบริเวณพื้นเชิงกรานและทวารหนักมากขึ้น ทำให้ปมประสาทบริเวณนี้ถูกกระตุ้น เกิดปฏิกิริยาที่เรียกว่า Pushing reflex ร่างกายของผู้คลอดจะมีการตอบสนองโดยมีการหดตัวของกล้ำมเนื้อหน้าท้องและกระบังลมร่วมด้วยจึงทำให้เกิดความรู้สึกอยากเบ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมได้ สำหรับแรงเบ่งของผู้คลอดแต่ละครั้งที่ใช้ในการเบ่งคลอดจะแตกต่างกัน แรงเบ่งที่มากเกินไปจะทำให้การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนแรงเบ่งที่น้อยเกินไปจะทำให้แรงผลักดันทารกในครรภ์ให้เคลื่อนต่ำลงไม่เพียงพอ ดังนั้นแรงเบ่งที่เหมาะสมจะช่วยให้ทารกในครรภ์คลอดออกมาได้อย่างปลอดภัย

การเบ่งคลอด (Pushing) ทำโดยการสูดลมหายใจเข้าลึก ๆ แล้วกลั้นไว้ หรือมีการปิดของสายกล่องเสียง (Closed glottis) และเมื่อมีการหดของกล้ำมเนื้อหน้าท้องและกล้ำมเนื้อกระบังลม จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความดันในโพรงมดลูกเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย จึงเกิดการขั้บดันทารก ให้มีการเคลื่อนต่ำลงมาตามช่องทางคลอด เมื่อกล้ำมเนื้อหน้าท้องและกล้ำมเนื้อกระบังลมคลายตัวลง พร้อมกับมีการเปิดของสายกล่องเสียงหรือมีการหายใจออกทำให้ความดันในช่องท้องลดลง สู่ภาวะปกติ การเบ่งจึงหยุดลง ซึ่งไม่ว่าการเบ่งคลอดหรือการเบ่งถ่ายอุจจาระจะใช้หลักการเดียวกัน (Yildirim & Beji, 2008) การเบ่งคลอดที่ดีมีความสำคัญมากที่จะช่วยให้ทารกคลอดออกมาและช่วยลดระยะที่ 2 ของการคลอด รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมารดาและทารก (ขวัญใจ เพทนายประกายเพชร และคณะ, 2558)

วิธีการเบ่งคลอดที่มีประสิทธิภาพคือการเบ่งแบบเบ่งเองตามธรรมชาติ (Spontaneous pushing) วิธีการเบ่งคลอดแบบเบ่งเองตามธรรมชาติมีหลายลักษณะ แต่สิ่งที่คล้ายคลึงกันในวิธีการเบ่งแบบเบ่งเองตาม ธรรมชาติ คือ 1) การให้ผู้คลอดเริ่มเบ่งครั้งแรกเมื่อรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ภายหลังจากปากมดลูก เปิดหมด โดยไม่มีการชี้นำจากผู้ดูแลการคลอด 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการเบ่งแต่ละครั้ง อาจใช้การเบ่งสั้นโดยใช้เวลาในการเบ่ง แต่ละครั้งไม่เกิน 6 วินาที (Yildirim & Beji,

2008) หรือเบ่งยาว ตามความรู้สึกของผู้คลอด ซึ่งส่วนใหญ่ตามธรรมชาติพบว่าผู้คลอดเบ่งได้ไม่เกิน 8 วินาที โดยจำนวนครั้งของการเบ่งต่อการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง ขึ้นอยู่กับความรู้สึกอยากเบ่งตามธรรมชาติของผู้คลอด (Yildirim & Beji, 2008) 3) การกลืนลมหายใจในขณะที่เบ่ง ผู้คลอดอาจกลืนลมหายใจ ออกเสียงหรือปล่อยลมหายใจในขณะที่เบ่งคลอด

## 2. ทารกที่คลอดออกมา (Passenger)

สิ่งสำคัญที่สุดคือ ท่า ขนาด และส่วนนำของทารก โดยท่าของทารกที่เหมาะสมสำหรับการคลอด คือท่าที่ศีรษะเป็นส่วนนำและมีจุดต่ำสุดคือพื้นที่ระหว่างกระดูกหน้าและกระดูกหลัง (Vertex presentation) เนื่องจากศีรษะมีขนาดใหญ่ที่สุดและปรับลดขนาดได้เพียงเล็กน้อย เพราะเป็นกระดูก (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2556) การศึกษาในประเทศไทยพบว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 3,500 กรัม หรือจากการวัดขนาดมดลูกทางหน้าท้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 35 เซนติเมตร จะเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะเชิงกรานกับขนาดของทารกไม่ได้สัดส่วนกัน (วรินทร์ สะอาดยิ่ง, 2551) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่าทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ส่งผลให้ระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานและอาจมีการหยุดชะงักของการคลอด ส่งผลให้มารดาต้องได้รับการช่วยเหลือการคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ใช้การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ จากการคำนวณโดยใช้สายวัดขนาดยอดมดลูกหน่วยเป็นเซนติเมตรแล้วนำมาเปรียบเทียบกับตาราง KCM (อรุวรรณ รุจิรกุลม, 2548)

## 3. ช่องทางคลอด (Passage)

ช่องทางคลอด เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่ส่งผลต่อความสำเร็จและเวลาที่ใช้ในการคลอด เนื่องจากเป็นช่องทางที่ทารกต้องเคลื่อนผ่านออกสู่ภายนอกร่างกายของมารดา ประกอบด้วย ส่วนที่เป็นกระดูกเชิงกราน (Bony passage) และช่องทางคลอดที่ยืดขยายได้ (Soft passage) กระดูกเชิงกราน แบ่งเป็น 2 ระดับคือ เชิงกรานเทียม (False pelvis) และเชิงกรานแท้ (True pelvis) โดยรูปร่างและขนาดของเชิงกรานแท้มีความสำคัญต่อการคลอดมาก เนื่องจากเป็นกระดูกที่แข็งและยืดขยายไม่ได้ แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ช่องเข้า (Pelvic inlet) ช่องกลาง (Mid pelvis หรือ Pelvic cavity) และช่องออก (Pelvic outlet) ถ้าช่องเชิงกรานส่วนใดแคบกว่าปกติประมาณ 1 เซนติเมตรขึ้นไปหรือผิดปกติ จะส่งผลให้ทารกถึงแม้มีขนาดปกติ คลอดล่าช้าหรือไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ เรียกภาวะนี้ว่า เชิงกรานกับขนาดทารกไม่ได้สัดส่วนกัน (Cephalopelvic disproportion) ต้องช่วยเหลือด้วยวิธีผ่าตัดออกทางหน้าท้อง

ความผิดปกติของกระดูกเชิงกราน แบ่งเป็น 4 แบบ ดังนี้ (ธีระ ทองสง, 2555; พูนพร ศรีสะอาด, 2555)



3.1 เชิงกรานช่องเข้าแคบ (Inlet contraction) ตรวจทางช่องคลอด พบเส้นจากจุดกึ่งกลางด้านในของกระดูกหัวหน่าวไปยังจุดบนสุดบนกระดูกก้นกบ (Obstetric conjugate) ซึ่งเป็นเส้นที่สั้นที่สุด มีความยาวน้อยกว่า 10 เซนติเมตร และ/หรือเส้นผ่านศูนย์กลางขวาง (Transverse diameter) น้อยกว่า 12 เซนติเมตร ส่งผลให้ศีรษะทารกเคลื่อนเข้าสู่เชิงกรานได้ยาก หรือไม่สามารรถเข้าได้ หรือไม่มีอาการเจ็บครรภ์เมื่อครบกำหนดคลอด

3.2 เชิงกรานช่องกลางแคบ (Mid pelvic contraction) ตรวจทางช่องคลอดพบเส้นที่ลากจากเส้นผ่านศูนย์กลางแนวขวาง วัดจากปุ่ม Ischal spine ทั้งสองข้าง ยาวน้อยกว่า 9.5 เซนติเมตร มีผลให้เกิดกลไกการหมุนศีรษะ ทารกให้ท้ายทอยอยู่ด้านหน้าช่องเชิงกรานมารดาได้ยาก หรือหมุนไม่ได้ ตรวจพบ Sagittal suture อยู่ท่าขวาง ส่งผลให้การคลอดระยะที่ 1 และ 2 ยาวนาน ต้องช่วยเหลือการคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ

3.3 เชิงกรานช่องออกแคบ (Outlet contraction) ปกติมีลักษณะเป็นรูปรีตามยาวหน้าหลัง มีจุดที่สำคัญต่อการคลอด 2 จุดคือ เส้น Bischial diameter วัดจากกระดูก Ischial toberocity ทั้งสองข้าง ถ้าน้อยกว่า 8 เซนติเมตร จะทำให้มูกโคงได้กระดูกหัวหน่าวน้อยกว่า 85 องศา ทารกไม่สามารถคลอดได้

3.4 เชิงกรานแคบทุกส่วน (Generally contraction pelvic) ทำให้ทารกไม่สามารถเคลื่อนเข้าช่องเชิงกรานเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด และไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดต้องช่วยเหลือการคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ช่องทางคลอดที่ยืดขยายได้ ช่องทางคลอดที่เป็นกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ เริ่มจากมดลูกส่วนล่าง คอมนดลูกด้านใน กล้ามเนื้อในช่องเชิงกรานและบริเวณฝีเย็บ ซึ่งบริเวณช่องออกของเชิงกรานจะถูกยึดไว้ด้วยเนื้อเยื่อหลายชนิด รวมเรียกว่าพื้นอุ้งเชิงกราน (Pelvic floor) มีความยาวด้านหน้า 4 เซนติเมตร ด้านหลัง 10 เซนติเมตร เมื่อใกล้คลอดบริเวณฝีเย็บ จะมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น จึงนุ่มและหย่อนตัว และในระยะคลอดศีรษะของทารกจะมากดบริเวณฝีเย็บ ช่องคลอดจึงยืดขยายออกช่วยให้ทารกเคลื่อนผ่านมาถึงช่องกลาง และเนื่องจากช่องคลอดมีลักษณะโค้งไปข้างหน้า อยู่ใต้ Symphysis pubis (สุกัญญา ปริสัญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) จึงช่วยให้ศีรษะของทารกหมุนไปข้างหน้า แม้ว่าศีรษะของทารกจะมีขนาดใหญ่ก็จะผ่านช่องทางคลอดออกมาได้ (สุกัญญา ปริสัญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553)

#### 4. ท่าของผู้คลอด (Maternal position)

ท่าของผู้คลอดมีผลต่อกายวิภาคและสรีระวิทยาในการปรับตัวต่อการคลอด เนื่องจากมีอิทธิพลต่อการเคลื่อนตัวของศีรษะ ทารก ท่าคลอดที่ใช้มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ ท่านอนราบ (Supine position) เป็นท่าที่กระดูกสันหลังอยู่ในระนาบเดียวกับพื้นราบของระดับกระดูกเอวข้อที่ 5 สูงกว่า

กระดูกเอวข้อที่ 3 เล็กน้อย แนวกระดูกสันหลังตั้งอยู่แนวอนมากกว่าแนวตั้ง เช่น ท่านอนหงาย (Dorsal position) ท่านอนหงายชันเข้า (Dorsal recumbent) ซึ่งเป็นท่าที่ไม่เหมาะสมกับการคลอด และท่าศีรษะสูง ซึ่งในปัจจุบันท่าคลอดศีรษะสูงได้รับความสนใจและถูกนำมาใช้สำหรับผู้คลอดมากขึ้น เนื่องจากเป็นท่าที่ทำให้แนวแกนของช่องทางคลอดเหยียดตรง ช่วยเพิ่มขนาดช่องทางออกของช่องเชิงกราน (Pelvic outlet) ให้กว้างขึ้น 0.7-1.5 เซนติเมตร (Ricci & Kyle, 2009) ทำให้พื้นที่ทางออกของช่องเชิงกรานกว้างขึ้นร้อยละ 25 (Shermer & Raines, 1997) ส่งผลให้มีแรงผลักดันทารกไปในทิศทางเดียวกับแรงโน้มถ่วงของโลก อีกทั้งมดลูกมีการหดตัว สม่่าเสมอและแรงกว่ากลุ่มที่ใช้ท่านอนราบ โดยมีค่าเฉลี่ยแรงการหดตัวของมดลูกมากกว่ากลุ่ม นอนราบ 10.01 มิลลิเมตรปรอท ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเบ่งคลอด ทำให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมาได้ง่าย ส่งผลให้ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง ช่วยให้ผู้คลอดสามารถคลอดได้เองทางช่องคลอด โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วยในการคลอด หรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบกับท่าคลอดศีรษะสูงเป็นท่าที่ไม่ทำให้เกิดการกดทับเส้นเลือด Aorta และ Inferior vena cava ทำให้ลดการเกิดภาวะความดันเลือดต่ำ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีมากขึ้น ปริมาณเลือดไปเลี้ยงทารก รกและมดลูกเพิ่มขึ้น ทารกในครรภ์จึงได้รับออกซิเจนมากขึ้น ช่วยลดการเกิดภาวะพร่อง ออกซิเจนในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังมีผลช่วยลดอาการเจ็บปวด และความไม่สุขสบายในระยะ คลอด (Gupta et al., 2017) ทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจและมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด (ปณัชชัญญา ขุนบุญยัง และคณะ, 2564) นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึง ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ (Flexible sacrum position) ซึ่งหมายถึง ท่าที่ทำให้ปลายของกระดูกก้นกบกางออกได้อย่างอิสระ เช่น ท่าคุกเข่า (Kneeling) ท่าคลาน (Hands-and-knees) ท่านั่งยอง (Squatting) และท่านอนตะแคง (Side-lying) ช่วยให้ระยะที่ 2 ของการคลอดเร็วขึ้น เนื่องจากท่าเหล่านี้ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ มีการขยายของช่องเชิงกรานในแนวหน้าหลังเพิ่มขึ้น 0.5-2 เซนติเมตร และแนวขวางเพิ่มขึ้น 1 เซนติเมตร (Ricci & Kyle, 2009)

#### 5. สภาพจิตใจของผู้คลอด (Psychological)

สภาวะทางด้านจิตใจของผู้คลอด ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการคลอด สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด เพราะเมื่อเข้าสู่กระบวนการคลอด ต้องเผชิญกับอาการเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับการคลอดในปัจจุบันเกิดขึ้นในโรงพยาบาลจึงไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าคลอดทำให้หญิงระยะคลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดโดยไม่มีญาติใกล้ชิดเป็นกำลังใจ อีกทั้งความไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ สถานที และแผนการรักษา ยังทำให้กลัวและวิตกกังวลมากขึ้น เกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ กลัวความทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด กลัวว่าจะคลอดไม่ได้ กลัวทารกไม่ปลอดภัย และกลัวตาย

(ศศิธร พุ่มดวง, 2555) จึงส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ให้หลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น กระตุ้นให้หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและร่างกายใช้พลังงานเพิ่มขึ้น (พิริยา สุภศรี, 2551) มีผลให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้ในการหดตัวของมดลูกได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้แคทีโคลามีน (Catecholamine) ที่หลั่งมาก ทำให้ตัวรับเบต้า (Beta receptor) ของมดลูกถูกกระตุ้น จึงยับยั้งการหดตัวของมดลูก ส่งผลให้ปากมดลูกเปิดขยายล่าช้า และสารจากต่อมหมวกไตทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง (ศศิธร พุ่มดวง, 2555) และการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นตามวงจร Fear-tension-pain ทำให้หญิงระยะคลอดมีอาการอ่อนเพลีย เพิ่มอัตราการใช้นยาและสูติศาสตร์หัตถการ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนผู้คลอดอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดส่งผลดีต่อการคลอด เช่น ทำให้ผู้คลอดมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดที่ดี (ชญานิน บุญพงษ์มณี และคณะ, 2548) ใช้เวลาในการคลอดสั้นลง (ชญานิน บุญพงษ์มณี และคณะ, 2548; Yuenyong et al., 2012) และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น (Yuenyong et al., 2012) เป็นต้น

### **การบาดเจ็บของช่องทางคลอด**

การคลอดทางช่องคลอดของสตรีส่วนใหญ่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Albers, 2003) โดยพบได้ถึงร้อยละ 75 และพบระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่แตกต่างกัน (Lundquist et al., 2000)

#### **ความหมายของการบาดเจ็บของช่องทางคลอด**

การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Genital tract trauma) หมายถึง เนื้อเยื่อฉีกขาดบริเวณแคมเล็ก แคมใหญ่ และ ช่องคลอดด้านหน้า (Anterior vagina) รวมถึงการได้รับอันตรายบริเวณผนังช่องคลอดด้านหลัง (Posterior vagina wall) กล้ามเนื้อฝีเย็บ (Perineal muscle) กล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก (Anal sphincter) และอาจรวมไปถึงเยื่อผิวหนังทวารหนัก (Anal epithelium) ส่วนฝีเย็บหมายถึงบริเวณที่อยู่ระหว่างรอยต่อแคมเล็กด้านหลัง (Fourchette) และทวารหนัก (Anus) ประกอบไปด้วยเส้นใย และเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ปกป้องโครงสร้างในช่องเชิงกราน (Murray & Mckinney, 2014)

#### **สาเหตุการบาดเจ็บของช่องทางคลอด**

สาเหตุการบาดเจ็บของช่องทางคลอดเกิดได้จากการฉีกขาดของช่องทางคลอดที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous laceration) หรือการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) หรือเกิดจากทั้งสองสาเหตุร่วมกัน

1. การฉีกขาดของช่องทางคลอดที่เกิดขึ้นเอง ในการคลอดทางช่องคลอด ส่วนใหญ่

ผู้คลอดมักเกิดการฉีกขาดเองซึ่งพบได้ทั้งบริเวณช่องคลอดด้านหน้า ได้แก่ แคมเล็ก แคมใหญ่ และอาจพบการฉีกขาดบริเวณช่องคลอดด้านหลัง บริเวณรอยต่อแคมเล็ก เยื่อพรหมจรรย์ (Hymen) ผิวหนังของฝีเย็บ (Perineal skin) เนื้อเยื่อใต้ ผิวหนัง เยื่อช่องคลอด (Vaginal epithelium) กล้ามเนื้อฝีเย็บ และอาจพบการฉีกขาดจนถึง กล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก ซึ่งการฉีกขาดที่เกิดขึ้นเองส่วนใหญ่มักเกิดในสตรีคลอดครั้งแรก โดยพบการบาดเจ็บของช่องทางการคลอดในครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง (Albers et al., 2006) ผลของการฉีกขาดที่เกิดขึ้นเองเมื่อเปรียบเทียบกับ การตัดฝีเย็บ คือพบการสูญเสียเลือดน้อยกว่า อาการปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดน้อยกว่า เกิดการบาดเจ็บที่ฝีเย็บซ่อมแซมน้อยกว่า และแผลฝีเย็บหายเร็วกว่าการตัดฝีเย็บ (Albers et al., 2006)

2. การตัดฝีเย็บ การตัดฝีเย็บคือ การตัดเนื้อเยื่อบริเวณที่อยู่ระหว่างช่องคลอดส่วนหลังและก่อนถึงหูรูดทวารหนักเพื่อให้ช่องทางการคลอดกว้างขึ้น (Cunningham et al., 2010) การคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลเดิมนิยมตัดฝีเย็บเกือบทุกราย (Routine episiotomy) เนื่องจากความเชื่อเกี่ยวกับผลดีของการตัดฝีเย็บ ได้แก่ การลดระยะเวลาในระยะที่สองของการคลอด การลดแรงกดของฝีเย็บต่อศีรษะของทารก การฉีกขาดระดับรุนแรงลดลง และแผลจากการตัดทำให้การซ่อมแซมฝีเย็บง่ายขึ้น ซึ่งการทำคลอดตามแนวคิดนี้จึงมีข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บในสตรีครรภ์แรกทุกราย (Chang et al., 2011) แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงผลดีเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงของการฉีกขาดของช่องทางการคลอดระดับรุนแรง การหายของแผล การป้องกันการบาดเจ็บของศีรษะทารก และการลดความเสี่ยงในการเกิดปีศาจเสียด องค์กรอนามัยโลกได้จัดให้การตัดฝีเย็บอยู่ในกลุ่มการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตราย จึงเสนอแนะให้ควบคุมอัตราการตัดฝีเย็บในการคลอดไม่ควรเกินร้อยละ 10 (WHO, 1996) และข้อสรุปการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการตัดฝีเย็บในปี ค.ศ. 2000 คือ ในสตรีคลอดครั้งแรกการตัดฝีเย็บไม่ควรเกินร้อยละ 30 (Carroll & Belizan, 2000) และผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการตัดฝีเย็บเมื่อมีข้อบ่งชี้ (Restrictive episiotomy) เกิดผลดีมากกว่าการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร (Routine episiotomy) ได้แก่ การลดการบาดเจ็บของช่องทางการคลอดส่วนหลัง ลดการเย็บซ่อมแซม และลดภาวะแทรกซ้อนจากการหายของแผล (Carroll & Belizan, 2000) การตัดฝีเย็บที่นิยมในปัจจุบันมี 2 รูปแบบ คือ การตัดแบบตรง (Median or midline episiotomy) และการตัดแบบเฉียง (Mediolateral episiotomy)

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด

การบาดเจ็บของช่องทางการคลอดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ (Multifactorial factors) ได้แก่ ลำดับการคลอด น้ำหนักของทารก ท่าของทารกในครรภ์ การใช้สูติศาสตร์หัตถการทำคลอด (Shorten et al., 2002) การเบ่งคลอด (Christianson et al., 2003) ดังนี้

1. ลำดับของการคลอด สตรีที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร บริเวณฝีเย็บและพื้นเชิงกราน (Pelvic floor) จะมีลักษณะตึง ไม่ค่อยยืดหยุ่น พบอุบัติการณ์ของการฉีกขาดเองในการคลอดครรภ์แรกมากกว่าครรภ์หลัง (Albers et al., 2006) และพบรายงานการตัดฝีเย็บในสตรีคลอดครรภ์แรกมากกว่าสตรีคลอดครรภ์หลัง 2-5 เท่า สำหรับสตรีครรภ์หลังที่เคยตัดฝีเย็บและเคยมีการเย็บซ่อมแซมมาก่อน มักพบฝีเย็บมีลักษณะแข็งตึงเป็นพังผืดยืดขยายได้น้อย จึงเป็นปัจจัยทำให้เกิดการบาดเจ็บของช่องทางการคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้โดยพบการบาดเจ็บของช่องทางการคลอดในสตรีคลอดครรภ์หลังที่เคยได้รับการตัดฝีเย็บมาก่อน ได้มากถึงร้อยละ 84.7 (Albers et al., 2006)
2. น้ำหนักของทารก ทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีกขาดของช่องทางการคลอด โดยเฉพาะการฉีกขาดในระดับที่สามและสี่ เนื่องจากเส้นรอบศีรษะทารกมีขนาดใหญ่กว่าปกติ จึงมีโอกาสเกิดการฉีกขาดของช่องทางการคลอดจากการคลอดยาก และการใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด (Deering et al., 2004)
3. ท่าของทารกในครรภ์ ทารกที่มีส่วนนำเป็นท้ายทอยอยู่ด้านหลังของช่องเชิงกราน (Occipitoposterior position) เป็นท่าคลอดที่ศีรษะทารกมีเส้นผ่านศูนย์กลางกว้างกว่าท้ายทอยอยู่ด้านหน้าส่งผลให้เกิดการคลอดยาก และมีโอกาสเกิดการฉีกขาดของช่องทางการคลอดเพิ่มขึ้น สำหรับทารกที่มีส่วนนำเป็นหน้าและหน้าผาก (Face and brow presentation) จะเพิ่มความเสี่ยงทำให้เกิดการฉีกขาดลึกเข้าไปถึงทวารหนัก (Deering et al., 2004)
4. การใช้สูติศาสตร์หัตถการ การใช้เข็มหรือเครื่องดูดสุญญากาศในการช่วยคลอดทำให้ช่องทางการคลอดถูกถ่างขยายมากขึ้นโดยอุปกรณ์จะไปเพิ่มเนื้อที่ในช่องคลอด การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของช่องทางการคลอดทั้งปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ และหูรูดทวารหนักได้มากกว่าการคลอดโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด
5. ท่าคลอด ท่าคลอดมีผลต่อสรีระวิทยาของผู้คลอด และพยาธิสรีระวิทยาของการปรับตัวในระยะคลอด (Gupta et al., 2017) และมีผลต่อการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (Shorten et al., 2002) รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ท่านั่งคลอด ท่ากึ่งนั่ง และ ท่านอนตะแคงช่วยลดการบาดเจ็บของช่องทางการคลอดเมื่อเปรียบเทียบกับท่าอื่น ท่าศีรษะสูง และ ท่านอนบนขาห้อย (Renfrew et al., 1998) มีรายงานว่าท่านอนตะแคงมีอัตราการตัดฝีเย็บต่ำ และมีอุบัติการณ์ของช่องทางการคลอดไม่เกิดการบาดเจ็บ และการบาดเจ็บที่ไม่ต้องการเย็บซ่อมแซมสูง ส่วนท่านั่งของมีอุบัติการณ์ของช่องทางการคลอดไม่เกิดการบาดเจ็บต่ำ และการบาดเจ็บที่ต้องการเย็บซ่อมแซมสูง (Shorten et al., 2002)
6. การเบ่งคลอด การเบ่งคลอดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (Christianson et al., 2003) รูปแบบของการเบ่งคลอดในระยะที่สองของการคลอด ที่

ใช้กันทั่วไปมี 2 วิธี ได้แก่ การเบ่งด้วยตนเอง (Spontaneous pushing) และการเบ่งแบบกลืนหายใจ (Valsalva pushing) การเบ่งด้วยตนเองเป็นการเบ่งแบบเปิดกล่องเสียง (Open glottis) และไม่กลืนหายใจ ผู้คลอดจะเบ่งเมื่อมีการหดตัวของมดลูกและมีความรู้สึกอยากเบ่งอย่างเต็มที่ โดยจะเบ่งประมาณ 3-4 ครั้ง ต่อการหดตัวของมดลูก 1 ครั้ง และสามารถเปล่งเสียงได้ขณะเบ่ง ระยะเวลาการเบ่งแต่ละครั้งนาน 5-7 วินาที (Varney et al., 2004) ส่วนวิธีการเบ่งแบบกลืนหายใจ เป็นการเบ่งที่ผู้คลอดกลืนหายใจแล้วเบ่งแต่ละครั้งนานประมาณ 10 วินาที หรือนานกว่านั้น การเบ่งวิธีนี้ทำให้มีการหลั่งของ Catecholamine ทำให้ลดการไหลเวียนของเลือดบริเวณมดลูก ลดประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้ยังพบว่า การกลืนหายใจของผู้คลอดเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดแรงกดบริเวณ Aorto caval area ทำให้ลดการไหลเวียนของเลือดไปยังมดลูก ทารกได้รับออกซิเจนลดลง เกิดภาวะเลือดเป็นกรด และทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลงได้ (Gupta et al., 2017)

#### การประเมินระดับการบาดเจ็บของช่องทางคลอด

การจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของช่องทางคลอด มีรายงานการจัดระดับความรุนแรงของการฉีกขาดของ 2 สถาบัน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน แต่มีรายละเอียดต่างกัน ดังนี้

1. การแบ่งระดับการฉีกขาดของช่องทางคลอดองค์การจักษุโรคและปัญหาทางสุขภาพสากล แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้
  - 1.1 การฉีกขาดระดับที่หนึ่ง (First degree tear) หมายถึง การฉีกขาดเฉพาะเยื่อช่องคลอดหรือชั้นผิวหนังของฝีเย็บ
  - 1.2 การฉีกขาดระดับที่สอง (Second degree tear) หมายถึง การฉีกขาดในระดับที่หนึ่ง ร่วมกับการฉีกขาดของกล้ามเนื้อฝีเย็บ และกล้ามเนื้อช่องคลอด
  - 1.3 การฉีกขาดระดับที่สาม (Third degree tear) หมายถึง การฉีกขาดในระดับที่สอง ร่วมกับการฉีกขาดบางส่วนหรือทั้งหมดของกล้ามเนื้อหูรูด (Anal sphincter) และผนังกันทวารหนัก (Anal sphincter complex)
  - 1.4 การฉีกขาดระดับที่สี่ (Fourth degree tear) หมายถึง การฉีกขาดระดับที่สาม ร่วมกับการฉีกขาดเข้าไปในชั้นเยื่อบุทวารหนัก (Anal epithelium)
2. การแบ่งระดับการฉีกขาดช่องทางคลอดราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ (Royal College of Obstetricians and Gynecologists [RCOG], 2007) แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้
  - 2.1 การฉีกขาดระดับที่หนึ่ง (First degree tear) เป็นการฉีกขาดของเนื้อเยื่อบริเวณฝีเย็บชั้นผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนังที่ครอบคลุมทั้งบริเวณฝีเย็บด้านหน้า ด้านหลังและเยื่อช่องคลอด

2.2 การฉีกขาดระดับที่สอง (Second degree tear) เป็นการฉีกขาดในระดับที่หนึ่งร่วมกับมีการฉีกขาดบริเวณกล้ามเนื้อของฝีเย็บ คือ Bulbocavernosus superficial transverse perineal muscle และ บริเวณ Central tendinous point จนถึงชั้นที่อยู่ด้านในสุดหรือลึกที่สุด คือ กล้ามเนื้อ Pubococcygeus ซึ่งพบได้ในการตัดฝีเย็บ

2.3 การฉีกขาดระดับที่สาม (Third degree tear) เป็นการฉีกขาดระดับที่สองร่วมกับการฉีกขาดบริเวณหูรูดทวารหนัก โดยแบ่งระดับการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก (RCOG, 2007) ได้ดังนี้

3a: การฉีกขาดบริเวณกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก (External anal sphincter) น้อยกว่าร้อยละ 50

3b: การฉีกขาดบริเวณกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก มากกว่าร้อยละ 50

3c: การฉีกขาดบริเวณกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านใน (Internal anal sphincter)

2.4 การฉีกขาดระดับที่สี่ (Fourth degree tears) เป็นการฉีกขาดบริเวณฝีเย็บ ที่รุนแรงที่สุด คือมีการฉีกขาดถึงชั้นกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านใน จนถึงเยื่อบุทวารหนัก (Anal epithelium)

#### การป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ

การบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บจากการคลอดเป็นปัญหาสำคัญในมารดาหลังคลอดซึ่งส่งผลต่อร่างกายซึ่งได้แก่ ความเจ็บปวดรุนแรง ความไม่สบาย แผลติดเชื้อ ปัญหาของระบบขับถ่าย และอาการเจ็บปวดเมื่อกลับมามีเพศสัมพันธ์และปัญหาทางด้านจิตใจ ความรู้สึกไม่ดีต่อการคลอดและการดูแล การป้องกันและลดการบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บสามารถเตรียมการได้ทุกระยะตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดทั้งนี้เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สร้างความรู้สึกที่ดีต่อการคลอดและการดูแลแนวทางการป้องกันและลดการบาดเจ็บของฝีเย็บ สามารถทำได้ดังนี้

#### 1. การจัดทำคลอดในการคลอด (Position for birthing)

ท่าคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อขบวนการคลอด การจัดทำคลอดที่ดีและเหมาะสมสามารถทำให้การดำเนินการคลอดเป็นไปด้วยดีมีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด การหดรัดตัวของมดลูก ระยะเวลาของการคลอด การเคลื่อนไหวของส่วนนำ ผลลัพธ์ของฝีเย็บ ผู้คลอดสุขสบาย และพึงพอใจต่อการคลอด ผู้ทำคลอดสะดวกในการเข้าช่วยคลอดในการศึกษาที่ผ่าน มาผู้ศึกษาให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับท่าคลอดที่เหมาะสมต่อการคลอดแตกต่างกัน เช่น Nichols & Humenick (2000) ที่เสนอให้ท่าศีรษะสูงเป็นท่าที่เหมาะสมสำหรับการคลอดส่วน Gupta et al. (2017) เสนอแนะว่าควรให้โอกาสผู้คลอดเลือกท่าคลอดที่ตนพอใจรู้สึกสุขสบายไม่เป็นอันตรายต่อผู้คลอดและทารกซึ่งจะทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการคลอดมากขึ้น

สำหรับการจัดทำคลอดที่ส่งผลดีต่อการลดการบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บได้แก่ ท่านอนราบ (Neutral Position) ประกอบด้วย ท่านอนหงายราบ (Dorsal position or supine position) ท่านอนหงายชันเข้า (Dorsal recumbent position) หรือท่านอนหงายขาพาดบนขาหยั่ง (Lithotomy position) ท่านอนตะแคง (Lateral position) นอนตะแคงกึ่งคว่ำ ท่านอนคุกเข่า (Knee-elbow position) ซึ่งเป็นท่าที่กระดูกสันหลังของผู้คลอดอยู่ในระนาบเดียวกับพื้น ช่องทางออกของช่องเชิงกรานแคบ (Pelvic outlet) กล้ามเนื้อฝีเย็บหย่อน ลดการเกร็งและการฉีกขาดของฝีเย็บเป็นท่าคลอด ที่ผู้ทำคลอดมองเห็นบริเวณฝีเย็บได้ดี สะดวกในการควบคุมการไหลของศีรษะทารก สะดวกในการใช้เครื่องมือช่วยคลอด การตัดฝีเย็บและการเย็บซ่อมแซม แต่มีข้อเสียคือผู้คลอดต้องออกแรงเบ่งมาก เนื่องจากแรงเบ่งไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกับแรงโน้มถ่วงของโลก ลดประสิทธิภาพการเบ่ง และอาจเป็นอันตรายต่อทารกในระยะคลอดเพราะ มดลูกกดทับเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ไปเลี้ยงมดลูก และทารกกลดลงมีผลให้ทารกขาดออกซิเจนได้

ในปัจจุบันนี้ท่าคลอดที่นิยมได้แก่ท่าศีรษะสูงและลำตัวตั้งขึ้นประกอบด้วย ท่านั่ง (Sitting position) ท่ากึ่งนั่ง (Semi-sitting position) ท่านั่งคุกเข่า (Kneeling position) ท่านั่งยอง (Squatting position) และทำยืน (Standing position) (Nichols & Humenick, 2000) ซึ่งเป็นท่าที่กระดูกสันหลังอยู่สูงจากพื้นราบหรือท่ามุมกับพื้นราบสามารถเพิ่มความกว้างของช่องเชิงกราน โดยเฉพาะท่านั่งยอง (Squatting position) จะเพิ่มขนาดของช่องทางออกของช่องเชิงกรานให้กว้างขึ้นประมาณร้อยละ 25 และส่งเสริมการเคลื่อนไหวของทารกได้สะดวกตามทิศทางของแรงโน้มถ่วงของโลก ลดแรงต้านของกล้ามเนื้อเชิงกราน จากการที่เนื้อเยื่อฝีเย็บสามารถยืดขยายได้มากและจะถูกกระตุ้นโดยรอบของศีรษะทารกที่ค่อย ๆ ไหล่พ้นปากช่องคลอดออกมา โอกาสฉีกขาดของฝีเย็บจึงน้อย (Ricci & Kyle, 2009) ท่าคลอดศีรษะสูงสามารถลดการตัดฝีเย็บร้อยละ 6.2 และลดการใช้หัตถการช่วยคลอดเมื่อเปรียบ เทียบกับการใช้ท่าคลอดนอนหงาย (Gupta et al., 2017) ควรส่งเสริมการคลอดท่าศีรษะสูงเพื่อลดการบาดเจ็บของฝีเย็บ ดังผลการศึกษาของ Soong & Barnes (2005) ที่ทำการศึกษาผลของการจัดทำคลอดกับการฉีกขาดของฝีเย็บ โดยศึกษาจากข้อมูลการคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรีนแลนด์ทั้งหมด จำนวน 3,756 ราย พบว่าท่าคลอดที่ทำให้มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดมากที่สุดคือท่านอนหงายและท่าคลอดที่ลดการฉีกขาดของฝีเย็บ คือท่าศีรษะสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Richard et al. (2006) ที่ศึกษาผลของการคลอดในท่านอนหงายที่ทำโดยแพทย์และท่าคลอดที่ไม่ใช่ท่านอนหงายที่ทำโดยผดุงครรภ์กับผลลัพธ์ของมารดาและทารกหลังคลอดโดยศึกษาในหญิงที่คลอดในท่านอนหงายจำนวนทั้งหมด 100 รายและ หญิงที่คลอดในท่าคลอดอื่นที่ไม่ใช่ท่านอนหงายจำนวนทั้งหมด 98 ราย จากการศึกษาพบว่าหญิงที่คลอดบุตรในท่าคลอดที่ไม่ใช่ท่านอนหงาย มีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าและมีระยะที่ 2 ของการคลอด



สั้นกว่าแต่การคลอดทำศีรษะสูงก็มีข้อเสียคือทำให้เกิดการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะทำที่ระดับศีรษะสูงมาก เช่น ท่านั่ง ท่านั่งยองและท่านยืนคลอด (Berta et al., 2019) ท่านั่งคลอดมีการเสียเลือดมากกว่าท่านั่งและท่านอนราบเนื่องจากลำตัวสูงกว่าระดับแผลฝีเย็บและโพรงมดลูก เลือดจึงไหลลงสู่เบื้องล่างทำให้เลือดออกจากแผลฝีเย็บและโพรงมดลูกมาก

## 2. การเบ่งคลอด

การเบ่งคลอดมีความสำคัญต่อการฝึกขาดของฝีเย็บ ลักษณะการเบ่งคลอดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของการฝึกขาดฝีเย็บได้ ลักษณะการเบ่งคลอดที่แรงและนาน จะทำให้ฝีเย็บฝึกขาดได้มากขึ้น ส่วนการเบ่งที่ไม่ใช้แรงมากเกินไป จะช่วยทำให้กล้ามเนื้อฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย อย่างช้า ๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อของฝีเย็บมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้การฝึกขาดของฝีเย็บลดลง การเบ่งคลอดแบ่งเป็น 2 วิธีคือ

2.1 การเบ่งคลอดเอง (Spontaneous pushing, Delayed pushing, Uncoached) เป็นการเบ่งคลอดด้วยเทคนิคของผู้คลอดเอง ผู้คลอดเบ่งตามกระบวนการทางสรีรวิทยาการคลอด การเบ่งจะเกิดขึ้น เมื่อผู้คลอดมีความรู้สึกอยากเบ่งอย่างเต็มที่ จนไม่สามารถควบคุมให้อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจได้ ซึ่งจะเกิดเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำกดบริเวณฝีเย็บ จนเกิดการยืดขยาย เกิด Ferguson's reflex ผู้คลอดจะเกิดความรู้สึกอยากเบ่งจนไม่สามารถทนได้ การเบ่งเองเป็นการเบ่งด้วยตนเองตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น การเบ่งจึงไม่รุนแรง ไม่นานและอาจไม่เบ่งทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก ลักษณะการเบ่งเป็นแบบเปิดช่องลมหายใจ โดยการหายใจและปล่อยลมออกทางปากขณะเบ่ง การเบ่งแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 4-6 วินาที/ ครั้ง และเบ่ง 3-5 ครั้ง/ การหดตัวของมดลูก การเบ่งจึงไม่รุนแรงส่งผลให้ศีรษะทารกเคลื่อนออกมาอย่างช้า ๆ ฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย การดึงรั้งไม่รุนแรง การชอกช้ำและการบาดเจ็บของฝีเย็บเกิดขึ้นน้อยกว่า ความเจ็บปวดฝีเย็บในระยะหลังคลอดจึงน้อยกว่า (Rossi & Lindell, 1986)

2.2 การควบคุมการเบ่งคลอด (Valsava maneuver, Coached, Purple pushing หรือ Directed pushing) เป็นการเบ่งคลอดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในระยะที่ 2 ของการคลอด ลักษณะการเบ่งเป็นแบบปิดช่องลมหายใจ โดยกลั้นลมหายใจแล้วเบ่งลงก้น ยกคางชิดอก เบ่งให้นานที่สุด/ ครั้ง แรงดันต่อฝีเย็บจึงมากจึงทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนผ่านออกมาอย่างรวดเร็ว ฝีเย็บเกิดการดึงรั้งอย่างแรงและรวดเร็ว ทำให้เกิดการฝึกขาดมากขึ้น ส่งผลให้มีความปวดฝีเย็บอย่างมาก

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการเบ่งคลอดเองกับการควบคุมการเบ่งคลอด พบว่า การเบ่งคลอดเองมีความแตกต่างของความเร็วและความแรงของการเบ่งคลอด โดยผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งจะมีความเร็วและแรงขณะเบ่ง จากการปิดช่องลมหายใจและกลั้นลมเบ่งลงก้น ทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก ในการเบ่งคลอดเองจะมีความเร็วและความแรงของลมเบ่งน้อยกว่า เนื่องจากเบ่ง

แบบเปิดช่องลมหายใจ เบ่งเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง ซึ่งอาจจะไม่เบ่งทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก จึงทำให้การเบ่งคลอดเองมีการฝึกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าสาเหตุจากความเร็วและแรงของลมเบ่งที่น้อยกว่า รายงานการเบ่งคลอดของผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบธรรมชาติเปรียบเทียบกับเบ่งคลอดแบบควบคุม พบว่าผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบธรรมชาติ มีการฝึกขาดของฝีเย็บในระดับ 1 ร้อยละ 16.7 การฝึกขาดของฝีเย็บในระดับ 2 ร้อยละ 20 และการฝึกขาดของฝีเย็บในระดับ 3 ร้อยละ 6.7 ส่วนผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอดได้รับการ ตัดฝีเย็บทั้งหมด พบว่า ไม่มีการฝึกขาด ของฝีเย็บในระดับที่ 1 การฝึกขาดในระดับที่ 3 ร้อยละ 16.7 ที่เหลือเป็นการฝึกขาดในระดับที่ 2 (มณีวรรณ ยุระชัย และคณะ, 2552) นอกจากนี้พบว่า กิจกรรมการไม่เบ่งคลอดในขณะที่ศีรษะ ทารกเคลื่อนผ่านปากช่องคลอด ซึ่งทำการศึกษาในผู้คลอดจำนวน 12,369 คน ในระหว่าง ค.ศ. 2002-2007 รายงานการฝึกขาดของหูดทวารหนักน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 4.03 เหลือร้อยละ 1.17

สรุป การเบ่งคลอดแบ่งเป็น 2 วิธี คือ การเบ่งคลอดเอง กับควบคุมการเบ่งคลอด เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการเบ่งคลอด พบว่า การเบ่งคลอดเอง ซึ่งมีลักษณะแบบเบ่งสั้น เปิดปาก และไม่กลั้นลมหายใจ ความเร็วและความแรงของลมเบ่งน้อยกว่า ทำให้การฝึกขาดของฝีเย็บ ความเจ็บปวดของฝีเย็บ ความเหนื่อยล้า การใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด การผ่าตัดคลอด ระยะที่ 2 ของการคลอด และความผิดปกติของอวัยวะภายในพื้นเชิงกราน น้อยกว่าการเบ่งแบบ ควบคุมการเบ่งคลอด โดยการเบ่งคลอดเองช่วยให้ช่องทางคลอดและกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย และเกิดอันตรายต่อฝีเย็บน้อยที่สุด ส่งผลต่อการปวดฝีเย็บลดลง

### 3. การป้องกันการฝึกขาดของฝีเย็บ (Safe perineum)

Safe Perineum คือ การป้องกันการฝึกขาดรอบปากช่องคลอดทั้งหมดซึ่งได้แก่ บริเวณฝีเย็บ ผังด้านหน้าและหลังของช่องคลอด Clitoris และบริเวณ Vestibule หลักการป้องกันการฝึกขาดบริเวณรอบปากช่องคลอด โดยการพยายามบังคับศีรษะ ทารกให้คลอดออกมาโดยเอาส่วนที่เล็กที่สุดผ่านช่องคลอดออกมา การ Safe Perineum มีวิธีการทำดังนี้คือ Ritgen maneuver และ Modified Ritgen maneuver

3.1 Ritgen maneuver ผู้ทำคลอดใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือที่ไม่ถนัดกดศีรษะ ทารกบริเวณท้ายทอยเบา ๆ เพื่อไม่ให้ศีรษะทารกเร่งเร็วจนเกินไปส่วนมือข้างที่ถนัดหงายขึ้นถือผ้า Safe perineum และใช้นิ้วทั้งสี่นิ้วซ้อนคางให้ศีรษะทารกเร่งขึ้น โดยใช้ผ้าวางรวมนื้อบริเวณฝีเย็บไว้ รูดฝีเย็บลงป้องกันการฝึกขาดของฝีเย็บขณะที่ผู้คลอดเบ่งและผลักศีรษะ ทารกให้ค่อย ๆ เองขึ้นช้า ๆ

3.2 Modified Ritgen maneuver วิธีการ คือ ผู้ทำคลอดจะกางมือข้างที่ถนัดออกใช้ นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วทั้ง 4 คอยรวบผิวหนังบริเวณฝีเย็บไว้และ คอยผลักหน้าผากและ โหนกแก้มของทารกให้หัวเร่งขึ้น วิธีนี้ตำแหน่งของมือขวาจะอยู่สูงกว่าวิธี Ritgen maneuver ขณะคลอด

หัวต้องไม่ให้ผ้า Safe perineum มาปิดบังบริเวณฝีเย็บเพราะจะให้เห็นและบังคับส่วนต่าง ๆ คือ SOB, SOF, SOM ได้อย่างชัดเจน

#### 4. การตัดฝีเย็บตามความจำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้

การตัดฝีเย็บขณะคลอดเป็นหัตถการอย่างหนึ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมานาน วิธีการปฏิบัติคือการใช้กรรไกรตัดลงไปทีเนื้อเยื่อบริเวณปากช่องคลอดในระยะที่ 2 ของการคลอด การตัดฝีเย็บทั่วโลกสูงประมาณ ร้อยละ 30-63 และสูงถึงร้อยละ 93 ในครรภ์แรก การตัดฝีเย็บในการคลอดขึ้นกับผู้ทำคลอด องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าในการคลอด ปกติผู้ทำคลอดไม่ควรตัดฝีเย็บเกินร้อยละ 10 (WHO, 1996) แต่ในปัจจุบันนี้งานก็ยังคงมีการตัดฝีเย็บเกือบทุกรายในมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลังที่ผ่านการคลอดโดยการตัดฝีเย็บมาก่อน จึงมีลักษณะเป็นการตัดเย็บแบบทำกันเป็นประจำ (Routine episiotomy) ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์เปรียบเทียบระหว่างการ ตัดฝีเย็บเป็นประจำกับการตัดฝีเย็บในรายที่จำเป็นและพบว่า การตัดฝีเย็บในรายที่จำเป็นมีประโยชน์มากกว่าการตัดฝีเย็บเป็นประจำนั้นจะมีผลแทรกซ้อนคือ การฉีกขาดของหูรูดทวารหนักมากกว่า มีผลต่อการฉีกขาดมากขึ้นเมื่อคลอดครั้งต่อไปและไม่ได้ช่วยป้องกันการเกิดผลแทรกซ้อนเรื่องกลิ่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้และมีหลักฐานชัดเจนว่าการตัดฝีเย็บไม่ทำให้ลดปัญหาเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ หลายการศึกษาในปัจจุบันยังพบว่า การตัดฝีเย็บเป็นประจำไม่ได้ป้องกันการฉีกขาดหรือหย่อนยานของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน กลับเพิ่มอุบัติการณ์การฉีกขาดของฝีเย็บในระดับ 3 และ 4 องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าในการคลอดทางช่องคลอดควรทำการตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น คือ เมื่อเห็นว่าจะมีการฉีกขาดหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่จะต้องรีบทำการคลอดทารก (WHO, 2019) และจากการทบทวนงานวิจัยแบบ Randomized controlled trial ใน Cochrane database of systemic review (Carroli & Belizan, 2000) เป็นการศึกษาทบทวนจาก 8 รายงานวิจัย เพื่อประเมินผลของการตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็นเปรียบเทียบกับ การตัดฝีเย็บเป็นประจำในการคลอดทางช่องคลอด โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 5,541 คน โดยพบว่า การจำกัดการตัดฝีเย็บเมื่อมีข้อบ่งชี้มีประโยชน์มากกว่าในด้านลดการบาดเจ็บของฝีเย็บส่วนหลัง ความต้องการการเย็บซ่อมแซมน้อยกว่า การหายของแผลเร็วกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างในด้านความรุนแรงของการฉีกขาด การกลิ่นปัสสาวะ และความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาจึงแนะนำให้ตัดฝีเย็บ เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น จึงมีการแนะนำว่าการตัดฝีเย็บเฉพาะในรายที่มีความจำเป็นเท่านั้น

## ความสุขสบายในระยะคลอด

### ทฤษฎีความสุขสบาย

แนวคิดความสุขสบายในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดความสุขสบายของ แคทารีน โคลคาบา (Kolcaba, 2003) ได้เสนอ ทฤษฎีความสุขสบาย (Comfort theory) โดยอธิบายว่าความสุขสบายเป็นภาวะและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีเมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลมีความสุขสงบ พึงพอใจและเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมปัญหาได้ โคลคาบา (Kolcaba) มองว่าบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่มีความสลับซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลต่างมุ่งหวังที่จะได้รับความสุขสบายขั้นพื้นฐาน เมื่อใดที่บุคคลไม่สามารถตอบสนองความสุขสบายได้ด้วยตนเอง บุคคลก็จะต้องการการดูแล และความต้องการความสุขสบายจะ เป็นแรงผลักดันให้บุคคลค้นหาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นทางเลือกให้กับตนเอง โดยโครงสร้างของความสุขสบาย ประกอบไปด้วยความสุขสบายใน 2 มิติเมื่อแบ่งตามตารางที่มีจำนวน 12 ช่อง แนวนอน 3 แถว อธิบายถึงความรู้สึกตามลำดับดังนี้ การบรรเทา (Relief) การได้รับความสบาย (Ease) การเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก (Transcendence) และแนวตั้ง 4 แถว อธิบายบริบทความต้องการพื้นฐานความสุขสบายในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคม และวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดในแต่ละมิติดังนี้ (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 โครงสร้างของมิติความสุขสบาย จากหนังสือ Comfort Theory and Practice (Kolcaba, 2003)

	การบรรเทา (Relief)	ความสบาย (Ease)	การเข้าใจและยอมรับ ภาวะที่ยากลำบาก (Transcendence)
ด้านร่างกาย (Physical)			
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual)			
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental)			
ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural)			

มิติที่ 1 เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงคุณลักษณะความสุขสบาย 3 ลักษณะ ประกอบด้วย การบรรเทา ความสบาย และการเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก ดังนี้

1. การบรรเทา (Relief) คือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการความสุขสบายที่เฉพาะเจาะจง (Kolcaba, 2003) จากการศึกษาพบว่าการฝึกโยคะระหว่างการตั้งครรภ์ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าช่วยบรรเทาความปวดขณะรอกคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้ ส่งผลให้มารดามีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกโยคะระหว่างตั้งครรภ์ (ทรงพร จันทรพัฒน์ และคณะ, 2551)

2. การได้รับความสบาย (Ease) คือ สภาวะของความสงบ (Kolcaba, 2003) ภาวะที่ปราศจากความไม่สบายที่จำเพาะเจาะจง ประสบการณ์ความสบายอาจเกิดจากพยาบาลมีความใส่ใจ สามารถที่จะจัดการปัจจัยที่นำไปสู่ความสุขสบาย โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์ความไม่สบายมาก่อน ผลของความสบายทำให้ร่างกาย และจิตใจมีความพร้อมที่จะประสานการทำงานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย และจิตใจภายหลังจากการได้รับการบรรเทาในช่วงระยะเวลาหนึ่งก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่สภาวะของความสุขสบาย และสามารถทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง (Kolcaba & Fox, 1999)

3. การเข้าใจและยอมรับกับภาวะที่ยากลำบาก (Transcendence) คือ สภาวะจิตของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ได้ แม้ไม่สามารถขจัดหรือหลีกเลี่ยงกับเงื่อนไขความไม่สบายที่เกิดขึ้น กล่าวคือ ความรู้สึกว่าตนเองอยู่เหนือความทุกข์ทรมาน หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เข้าใจและไม่หวาดหวั่นต่อความทุกข์ทรมาน หรือความเจ็บปวด และสามารถควบคุมความรู้สึกให้ออกห่างจากความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดได้

มิติที่ 2 เป็นบริบทที่ทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย (Contexts in which comfort occurs) ประกอบประสบการณ์ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้

1. ความสุขสบายทางด้านร่างกาย (Physical comfort) คือ เป็นการรับรู้ความสุขสบาย ที่เกี่ยวกับประสาทสัมผัส และสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้น ความสุขสบายทางด้านนี้ จึงเป็นระดับของความรู้สึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Kolcaba, 2003)

2. ความสุขสบายทางด้านจิต-วิญญาณ (Psychospiritual comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายที่เกี่ยวกับจิตใจ (Mental) อารมณ์ (Emotional) และจิตวิญญาณ (Spiritual) เช่น ตระหนักรู้ถึงตัวตนของบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์แห่งตน เพศสัมพันธ์ และความหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่เหนือตัวตน เช่น ศาสนา และความเชื่อต่าง ๆ รวมไปถึงการสัมผัสอย่างใส่ใจ การได้ยินคำพูดที่ทำให้เกิดความเข้มแข็ง และกล้าหาญในการเผชิญกับความไม่สบาย

3. ความสุขสบายทางด้านสังคม (Sociocultural comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายที่เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม เช่น การเงิน การศึกษา

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายที่เกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมภายนอก สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ่งที่เป็นธรรมชาติและสิ่งที่สร้างขึ้น มา เช่น สถานที่ เสียง แสง

จากโครงสร้างความไม่สุขสบายพบว่าทั้ง 2 มิติ โดยมีมิติที่ 1 เป็นการแสดงถึงคุณลักษณะของความรู้สึกสุขสบายที่ความสัมพันธ์ต่อกันในด้านความรู้สึกกับการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานความสุขสบาย เป็นระดับความต้องการที่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนอง โดยสามารถเรียงลำดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการตอบสนองความสุขสบายคือ การบรรเทา การได้รับความสบาย และการเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก และมิติที่ 2 เป็นบริบทที่จะส่งผลกระทบต่อความสุขสบายของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลได้รับความไม่สุขสบายแต่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้น ได้ถือว่าการบรรเทาที่เกิดขึ้น แต่หากการเปลี่ยนแปลงด้านความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นนั้น ไม่สามารถปรับตัวให้เข้าไปได้ บุคคลจะเริ่มแสวงหาการจัดการที่สามารถตอบสนองความไม่สุขสบายนั้น ให้เกิดความสุขสบายขึ้น

#### ความสุขสบายในระยะตลอด

จากแนวคิดความสุขสบายของคอลลคาบา (Kolcaba) สามารถอธิบายในบริบทของผู้ตลอดได้ว่า ความสุขสบายในระยะตลอดเกิดจากการที่ผู้ตลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการไม่ว่าจะเป็นการได้รับการบรรเทาปวด จากการหดรัดตัวของมดลูก การได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ การที่ผู้ตลอดยังสามารถขับถ่ายได้ตามปกติ ทำให้ผู้ตลอดรู้สึกบรรเทา (Relief) เกิดความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical comfort) การได้รับการปฏิบัติอย่างให้เกียรติ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การมีโอกาสได้ปฏิบัติตนตามความเชื่อของตน การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การได้รับความใส่ใจและคำชมเชย เมื่อผู้ตลอดปฏิบัติตนได้ถูกต้อง การได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลทำให้ผู้ตลอดรู้สึกพึงพอใจ (Contentment) เกิดความรู้สึกสุขสบายในด้านจิต-วิญญาณ (Psychospiritual comfort) การที่ผู้ตลอดได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความหมายในชีวิตเช่น สามี มารดา บุตรและญาติ ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลในการเป็นตัวแทนที่ดีในการสื่อสารระหว่างผู้ตลอดกับสมาชิกในครอบครัว และที่มสุขภาพ ทำให้ผู้ตลอดเกิดความสุขสบายทางด้านสังคม (Sociocultural comfort) และการที่ผู้ตลอดได้อยู่ในสถานที่ที่สะอาดเพียงรอกตลอดไม่เปียกชื้น มีม่านกั้นเมื่อต้องการความเป็นส่วนตัว ห้อง

คลอดมีแสงสว่างที่เพียงพอ สถานที่ที่มีความสงบ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายในด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental comfort) เมื่อผู้คลอดรับรู้ได้ถึงความรู้สึกสุขสบายโดยรวมทำให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองให้ผ่านพ้นกระบวนการคลอดไปได้ด้วยดี เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการคลอดและมองว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่มีคุณค่าและสร้างความแข็งแกร่งให้กับชีวิต

### ปัจจัยที่ส่งเสริมความสุขสบายในระยะคลอด

การทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้สึกสุขสบายในระยะคลอดโดยตรง แต่สามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบายในระยะคลอดตามแนวคิดความสุขสบายของคอลลคาบา (Kolcaba, 2003) ได้ดังนี้

1. การได้รับยาบรรเทาปวด เป็นการช่วยให้ผู้คลอดบรรเทาจากความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก ทำให้ผู้คลอดควบคุมตนเองได้ดีขึ้น (Faucher & Brucker, 2015) จากการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับยาแบบ epidural anesthesia พบว่า ในระยะแรกของการเจ็บครรภ์คลอดผู้คลอดบางรายมีความตั้งใจที่จะไม่ใช้ยาระงับปวด เนื่องจากมีความรู้สึกกลัวขั้นตอนการให้ยา แต่เนื่องจากความปวดจากการคลอดมีความรุนแรงมาก จนผู้คลอดไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดความรู้สึกท้อแท้ และเหนื่อยอ่อนเพลียมาก จึงมีความต้องการในการใช้ Epidural anesthesia และผลจากการได้รับยาคือ ทำให้ความปวดลดลง ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย มีสติ และตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้นจึงสามารถควบคุมตนเองได้ดี ขึ้น และเมื่อการคลอดผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ผู้คลอดจึงเกิดความพึงพอใจในการคลอด นอกจากนี้ผู้คลอดบางรายมองว่าการได้รับยาระงับปวดในระยะคลอดนอกจากจะทำให้รู้สึกบรรเทาและผ่อนคลายจากความปวดแล้ว ยังเป็นการเก็บรักษาพลังงานไว้เพื่อใช้ในการเบ่งคลอด (Hidaka & Callister, 2016)

2. การควบคุมตนเอง เป็นความรู้สึกและการรับรู้ของผู้คลอดถึงความสามารถในการควบคุมแรงขับจากภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกในระยะคลอด (Hodnett, 1998) เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลในการกำหนดพฤติกรรมของตนเองเพื่อนำ ไปสู่เป้าหมายที่ตนเองกำหนด (Hodnett & Simmons-Tropea, 1987) ความรู้สึกของการควบคุมแบ่งออกเป็น 3 แบบคือ 1) ความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาล 2) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตนเองในระยะคลอด และ 3) ความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก (Green & Baston, 2016) การควบคุมตนเองในระยะคลอดเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนในการคลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจและพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่จะทำให้สามารถควบคุมและเผชิญเหตุการณ์ระหว่างการคลอดได้ (Lowe, 1991) โดยเฉพาะการควบคุมตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก

เมื่อผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้คลอดมีความต้องการในการใช้ยาบรรเทาปวดลดลงและเกิดความพึงพอใจในระยะคลอด (Hodnett, 1998) โดยความสามารถในการควบคุมตนเองมีความเชื่อมโยงกับตัวแปรหลายตัวที่มีความสัมพันธ์ รักับประสบการณ์ในการคลอดโดยพบว่าการเตรียมคลอด การให้ข้อมูลในระยะคลอด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้คลอด และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลและบรรเทาความปวดเพื่อให้ตนเองรับรู้ถึงความสุขสบายมากขึ้น (Hodnett et al., 2003)

3. การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล เป็นการปฏิบัติพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดและมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้คลอดแต่ละรายทั้งการสนับสนุนด้านร่างกายโดยการบรรเทาความเจ็บปวด การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณโดยการดูแลอย่างใกล้ชิด สัมผัสและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาคลอด พุดคุยให้กำลังใจและกล่าวชมเชยผู้คลอดเมื่อผู้คลอดสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง การสนับสนุนด้านสังคมโดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้คลอด การเป็นตัวแทนผู้คลอดในการติดต่อสื่อสารระหว่างญาติกับทีมสุขภาพ สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมโดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และมีความเป็นส่วนตัว (ศรีสมร ภูมณสกุล และคณะ, 2559) เพื่อให้ผู้คลอดรับรู้ถึงความสุขสบายในระยะคลอด ดังนั้นการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลจึงเป็นอีกหนึ่งความคาดหวังของผู้คลอด

#### การประเมินความสุขสบาย

จากแนวคิดทฤษฎี คอลคาบา (Kolcaba) มีการพัฒนาแบบประเมินความสุขสบายขึ้นมา 3 ฉบับ โดยใช้ตารางจำแนกโครงสร้างของความสุขสบาย (Taxonomic structure of comfort) ที่สะท้อนความสุขสบายใน 2 มิติ (มิติระดับความสุขสบายและ มิติการตอบสนองเพื่อความสุขสบาย) โดยให้ข้อเสนอแนะว่าแนวคิดความสุขสบายนี้เป็นความสุขสบายแบบองค์รวมในการสร้างแบบประเมินจึงไม่จำเป็นต้องแยกข้อถามคำถามเป็นชนิดใดในแต่ละมิติของความสุขสบาย เพียงแต่เสนอแนะว่าการใช้ตารางนี้ในการสร้างข้อคำถามจะทำให้ได้ข้อคำถามที่ครอบคลุมความสุขสบายทุกมิติ ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้สึกสุขสบายทั่วไป (General comfort questionnaire) สร้างขึ้นโดยใช้ตาราง จำแนกโครงสร้าง (Taxonomic structure of comfort) ที่สะท้อนถึงมิติของความสุขสบาย (มิติระดับความสุขสบาย และมิติการตอบสนองเพื่อความสุขสบาย) แบบประเมินนี้ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 24 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Likert type) 6 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความสุขสบายมาก คอลคาบาใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรมและ



ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี หลังจากทีเครื่องมือถูกเผยแพร่ทำให้มีพยาบาลในหลากหลายสาขาสนใจใช้เครื่องมือเพื่อประเมินความสบายของผู้ป่วย เช่น การดูแลแผลไฟไหม้ การดูแล ผู้ป่วยระยะยาว การดูแลด้วยรังสีบำบัด การดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

2. แบบประเมินความสบายทั่วไปแบบย่อ (Shortened general comfort questionnaire) เป็นแบบประเมิน ที่เลือกข้อความมาจากแบบประเมิน GCQ โดยเลือกข้อที่เหมาะสมในการประเมินความสบายโดยรวม ประกอบไปด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบบประเมินนี้ปรากฏในการวิจัยเรื่อง ผลของการนวดมือต่อความสบายของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับ โรคกระดูกและระบบประสาทที่ได้รับการดูแลในสถานพยาบาล

3. มาตรวัดความสบายของ Kolcaba มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวตั้งยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงด้านล่าง คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนปลายเส้นตรงด้านบน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง คอลคาบาใช้วัดความสบายในภาพรวมด้วยข้อคำถามที่ว่า “I feel as comfortable as possible right now” ใช้วัดความสบายในระดับของการบรรเทา (Relief) ด้วยข้อคำถามที่ว่า “I have many discomforts right now” ใช้วัดความสบายในระดับของการผ่อนคลาย (Ease) ด้วยข้อคำถามที่ว่า “I am feeling content and at ease right now” และใช้วัดความสบายในระดับของ ภาวะเหนือปัญหา (Transcendence) ด้วยข้อคำถามที่ว่า “I feel motivated and strengthened right now” มาตรวัดความสบายนี้ คอลคาบาใช้ควบคู่ไปกับแบบประเมินความรู้สึกสบายทั่วไป (GCQ)

จากแบบประเมินความสบายทั่วไปของ Kolcaba เป็นการประเมินความมั่นใจสบายแบบองค์รวม จึงได้นักวิชาการ ในหลากหลายสาขาวิชาชี้นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท ในทางศุติศาสตร์มีนักวิชาการสร้างแบบประเมิน ความสบายตามแนวคิดของคอลคาบา ดังนี้

1. แบบประเมินความสบายในระยะคลอดที่สร้างโดย Schuiling (2002) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแบบประเมิน ความสบายทั่วไป (GCQ) ของ Kolcaba (2003) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อโดยเลือกมาจาก GCQ จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามที่ปรับปรุงจาก GCQ เพื่อให้เหมาะสำหรับการประเมินความสบายในระยะคลอด มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 14 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงผู้คลอดมีความรู้สึกสบายมาก แบบประเมินนี้ถูกใช้แพร่หลายในการศึกษาความสบายในบริบทของการคลอด

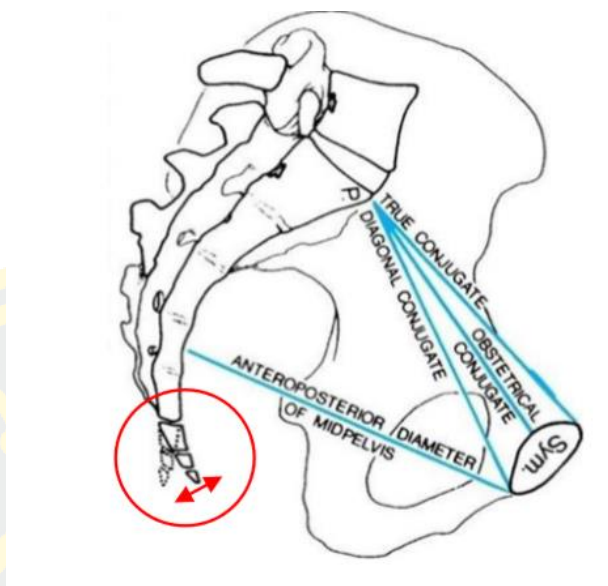
2. มาตรวัดความสบายโดยรวมด้วยสายตา (Visual analogue scale to total comfort : VASTC) ของ ทรงพร จันทรพัฒน์ และคณะ (2551) ใช้วัดความสบายของผู้คลอดทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ถูกพัฒนาขึ้นจากมาตรวัดความสบายทั่วไป (GCQ) ของ Kolcaba มาตรวัดมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร โดยปลายเส้นตรงด้านซ้ายเป็นคำว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง

(Strongly agree) ส่วนปลายด้านขวาเป็นคำว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (Strongly disagree) โดยทรงพร จันทรพัฒน์ ใช้มาตรวัดความสุขสบายโดยรวมด้วยสายตา (VASTC) นี้ควบคู่ไปกับแบบสอบถามความสุขสบายในระยะคลอด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสุขสบายในระยะคลอดที่สร้างโดย Schuiling (2002) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามนี้ถูกใช้แพร่หลายในการศึกษาความสุขสบายในบริบทของการคลอด

### โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ เช่น ท่าคุกเข่า ท่าคลาน ท่านั่งยอง และท่านอนตะแคง ช่วยให้ระยะที่ 2 ของการคลอดเร็วขึ้น เนื่องจากท่าเหล่านี้ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนตัวของส่วนนำ มีการขยายของช่องเชิงกรานในแนวหน้า หลังเพิ่มขึ้น 0.5-2 เซนติเมตร และแนวขวางเพิ่มขึ้น 1 เซนติเมตร (Ricci & Kyle, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berta (2019) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างท่าที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบกับท่านอนหงายราบ ผลการศึกษาพบว่า ช่วยลดค่าเฉลี่ยในระยะที่ 2 ของการคลอดลงถึง 21.12 นาที รวมทั้งยังมีการศึกษาพบว่า การแบ่งแบบธรรมชาติช่วยลดการฉีกขาดของเพลฟีเชียได้ ดังที่ Albers et al. (2006) ศึกษาพบว่า การแบ่งคลอดแบบควบคุมรวมกับการใช้มือพยุงฟีเชียขณะคลอดมีอัตราการบาดเจ็บของฟีเชียในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าการแบ่งแบบธรรมชาติ นอกจากนี้ในต่างประเทศยังมีการศึกษาพบว่า พยาบาลผดุงครรภ์มีการนำรูปแบบการจัดการในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ 2) การแบ่งคลอดแบบธรรมชาติ 3) การทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน โดยทำการคลอดศีรษะในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก และทำคลอดไหล่ในช่วงมดลูกหดตัวครั้งต่อไป ช่วยลดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดให้สั้นลง และลดการบาดเจ็บของฟีเชียระดับที่ 2 ได้ (Edqvist et al., 2016) นอกจากนี้ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบบางท่า เช่น ท่าคุกเข่า ท่านั่งยอง ยังเป็นท่าที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายมากขึ้น (Sandstrom et al., 2017) รวมทั้งการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาแบ่งคลอด คอยดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย พูดีให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Yuenyong et al., 2012)



ภาพที่ 3 การกระดกของกระดูกก้นกบ (Williams et al., 2007)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด (ระยะเริ่มเข้าสู่ระยะ Active phase ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด การจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยใช้แผ่นภาพประกอบการบรรยาย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ระยะที่ 2 ของการคลอด (ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร) แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย ได้แก่

2.1 ระยะเฉื่อย (Passive second stage) (เป็นช่วงที่ปากมดลูกเปิดหมด มารดาจะมีอาการสงบลง สามารถนอนพักได้ช่วงสั้น ๆ ความถี่และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกลดลง เป็นช่วงที่เตรียมจะเบ่งต่อไป ระยะนี้ใช้เวลา 10-30 นาที) ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ

2.2 ระยะเร่ง (Active second stage) (เป็นช่วงที่ผู้คลอดอยากเบ่งคลอดด้วยตนเอง ส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมาจนสามารถเห็น labia minora แยกจากกัน และเห็นส่วนนำทารก) ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

2.2.1 จัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบตามที่ผู้คลอดต้องการ เช่น ท่าคุกเข่า ทำนั่งยอง ท่าคลาน ท่านอนตะแคง (รายละเอียดใน

2.2.2 ให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยเบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง ผู้คลอดอาจกลั้นหายใจ ออกเสียง หรือปล่อยลมหายใจออกในขณะที่เบ่งคลอดได้ จำนวนครั้งและระยะเวลาในการเบ่งแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความรู้สึกละเอียดของผู้คลอด

2.2.3 อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาการเบ่งคลอด ดูแลความสบายด้านร่างกายของผู้คลอด โดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดใบหน้า พุดให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.2.4 ผู้วิชัยทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน โดยหลังจากที่ผู้คลอดเบ่งคลอดจนศีรษะทารกโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดเท่าไข่ไก่ (ประมาณ 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิชัยพิจารณาว่าจะตัดฝีเย็บหรือไม่ และป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ (Safe perineum) พร้อมทั้งพยายามให้ศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก (ขั้นตอนที่ 1 การคลอดศีรษะ) จากนั้นเมื่อศีรษะทารกมีการหมุนกลับของศีรษะ 45 องศา (Restitution) ผู้วิชัยช่วยหมุนศีรษะภายนอกต่ออีก 45 องศา (External rotation) เช็ดตา ดูเมือกในปากและจมูก และตรวจสอบสายสะดือพันคอ เมื่อมดลูกมีการหดตัวครั้งต่อไป ผู้วิชัยช่วยทำคลอดไหล่และลำตัวทารกออกมา (ขั้นตอนที่ 2 การคลอดไหล่และลำตัว)

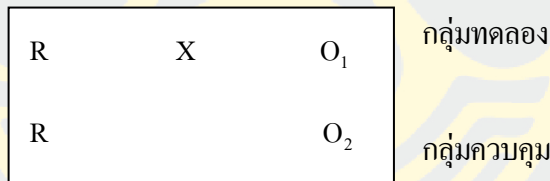
### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการนิกลของฝีเย็บ และความสุขสบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Experimental design with two-group posttest-only) (รัตนศิริ ทาโต, 2561; Burn & Grove, 2021) ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Random assignment) ดังแสดงในแผนภาพที่ 4



ภาพที่ 4 รูปแบบการวิจัย

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด

R หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Random assignment)

O<sub>1</sub> หมายถึง ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการนิกลของฝีเย็บ และความสุขสบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด

O<sub>2</sub> หมายถึง ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการนิกลของฝีเย็บ และความสุขสบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 800 เตียง เป็นหน่วยศึกษาของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และแพทย์เฉพาะทางสูตินรีเวชกรรม มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มาคลอดประมาณ

4,000 รายต่อปี จำนวนผู้คลอดเฉลี่ย 300-400 รายต่อเดือน เป็นมารดาครรภ์แรกร้อยละ 30 และมารดาครรภ์หลังร้อยละ 70 การวิจัยครั้งนี้ศึกษาที่แผนกห้องคลอด ซึ่งมีเตียงรอกคลอดทั้งหมด 22 เตียง มีเตียงคลอดทั้งหมด 5 เตียง เวรเข้ามีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน 6-7 คน เวรบ่ายมีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน 6 คน ส่วนเวรดึกมีพยาบาลขึ้นปฏิบัติงาน 5 คน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 20-34 ปี
2. อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์
3. ตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
4. ตั้งครรภ์เดี่ยว ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ
5. ส่วนสูงไม่น้อยกว่า 145 เซนติเมตร
6. ระดับยอดมดลูกไม่เกิน 35 เซนติเมตร
7. ไม่มีภาวะน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ (Excessive gestational weight gain)

ตามเกณฑ์ของ Institute of medicine gestational weight gain guideline (2009)

8. ผู้คลอดเจ็บครรภ์เองตามธรรมชาติ ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด เช่น มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด เช่น ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (fetal distress)

## การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน เรื่อง Upright kneeling position during second stage of labor ของ Bharti (2018) เนื่องจากตัวแปรระดับการฝึกหัดของฝึยบไม่ได้เป็นค่าเฉลี่ย และความสุขสบายในระยะคลอดไม่พบงานวิจัยที่ใกล้เคียง จึงนำตัวแปรระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดมาคำนวณ ซึ่งงานวิจัยนี้มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดกลุ่มทดลอง เท่ากับ 23.93 นาที ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 39.38 นาที มี

ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 14.90 ซึ่งนำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพลตามสูตรของกลาส (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ดังนี้

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C}$$

$d$  = ค่าขนาดอิทธิพล

$\bar{x}_E$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_C$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SD_C$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$$\begin{aligned} \text{นำมาแทนค่าตามสูตรคือ} \quad d &= \frac{23.93 - 39.38}{14.90} \\ &= 1.03 \end{aligned}$$

ซึ่งใกล้เคียงกับค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) คือ .80

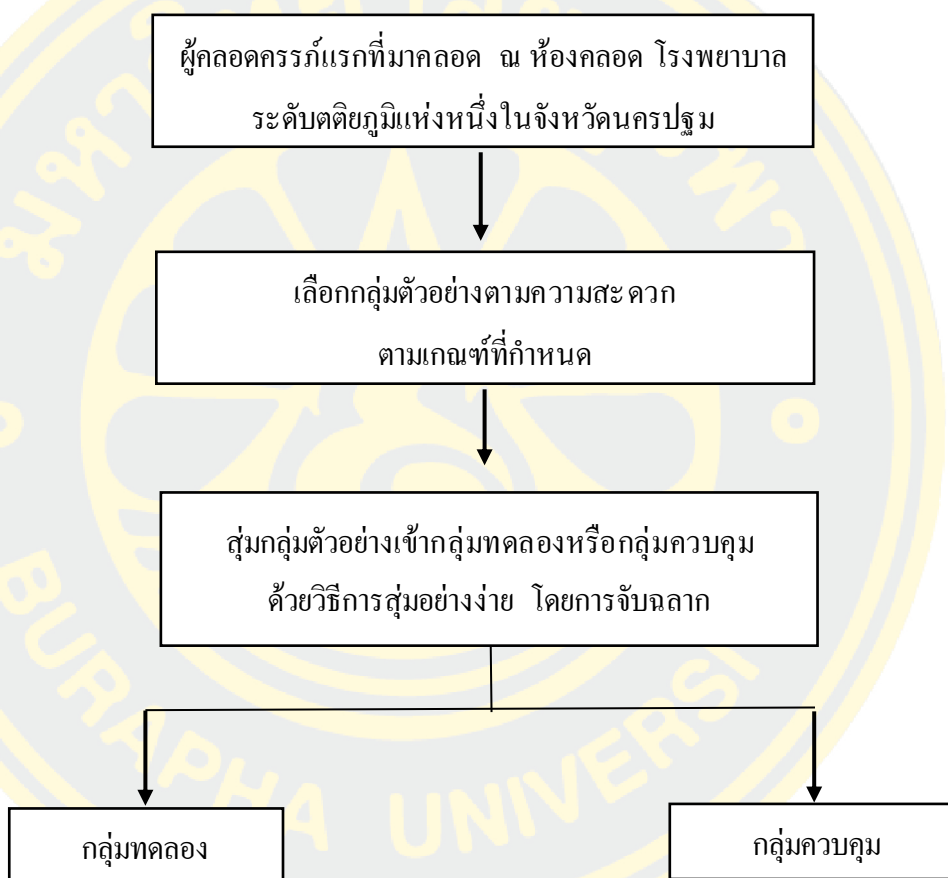
ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G \* Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 โดยใช้สถิติ Independent *t*-test เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ย กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ Bharti (2018) ซึ่งคำนวณได้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 สมมติฐานทางเดียว (One-tail) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 25 ราย ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย

#### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ในช่วงเวรเช้าและเวรบ่ายของแต่ละวัน ผู้วิจัยขึ้นไปที่แผนกห้องคลอด ให้พยาบาลช่วยสอบถามความสนใจของผู้คลอดที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และส่งมาพูดคุยกับผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้ผู้คลอดทราบ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หากผู้คลอดสนใจ ผู้วิจัยจะให้ผู้คลอดเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้คลอดที่คาดว่าจะจะเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามความสนใจ โดยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ถ้าผู้คลอดที่คาดว่าจะจะเป็นกลุ่มตัวอย่างสนใจ ผู้วิจัยจึงขอให้ผู้คลอดลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Random assignment) ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก ซึ่งผู้วิจัยจัดทำไว้ล่วงหน้าเท่า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น 2 สี สีชมพูแทนกลุ่มทดลอง สีฟ้าแทนกลุ่มควบคุม และจัดเก็บใน ภาชนะทึบที่มองด้านในไม่เห็น ผู้วิจัยเป็นผู้จับสลากแบบไม่ใส่กลับคืน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ตามภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด หมายถึง ชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ จัดทำขึ้น เพื่อช่วยลดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการฝึกหัดของแพทย์ผู้เขียน และส่งเสริม



ความสุขสบายในระยะคลอด ที่ผู้วิจัยได้สร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด (เริ่มเข้าสู่ระยะ Active phase ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานในการคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด การจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยผู้วิจัยใช้แผ่นภาพประกอบการบรรยาย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

1.2 ระยะเบ่งคลอด (ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร) แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย

1.2.1 ระยะเฉื่อย (Passive second stage) เป็นช่วงที่ปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดจะมีอาการสงบลง สามารถนอนพักได้ช่วงสั้น ๆ ความถี่และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกลดลง เป็นช่วงที่เตรียมจะเบ่งต่อไป ระยะนี้ใช้เวลา 10-30 นาที) ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ

1.2.2 ระยะเร่ง (Active second stage) (เป็นช่วงที่ผู้คลอดอยากเบ่งคลอดด้วยตนเอง ส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมา จนสามารถเห็น Labia minora แยกจากกัน และเห็นส่วนนำทารก)

1.2.2.1 ผู้วิจัยจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ ได้แก่ ทำคูกเข้า ทำคลาน ทำนั่งยอง และทำนอนตะแคง ตามที่ผู้คลอดต้องการ

1.2.2.2 ผู้วิจัยให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยเบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง ผู้คลอดอาจกลั้นหายใจ ออกเสียง หรือปล่อยลมหายใจออกในขณะที่เบ่งคลอดได้ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการเบ่งของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความรู้สึกอยากเบ่งของผู้คลอด

1.2.2.3 ผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาการเบ่งคลอด ดูแลความสุขสบายด้านร่างกายของผู้คลอด โดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดใบหน้า พูคให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.2.2.4 ผู้วิจัยทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน โดยหลังจากที่ผู้คลอดเบ่งคลอดจนศีรษะทารกโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดเส็นผ่านศูนย์กลางขนาดเท่าไข่ไก่ (ประมาณ 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิจัยพิจารณาว่าจะตัดฝีเย็บหรือไม่ และป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ (Safe perineum) พร้อมทั้งพยายามให้ศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก (ขั้นตอนที่ 1 การคลอดศีรษะ) จากนั้นเมื่อศีรษะทารกมีการหมุนกลับของศีรษะ 45 องศา (Restitution) ผู้วิจัยช่วยหมุนศีรษะภายนอกต่ออีก 45 องศา (External rotation) เช็ดตา คูดมื่ออกในปากและจมูก และตรวจสอบสายสะดือพันคอ เมื่อมดลูกมีการหดตัวครั้งต่อไป ผู้วิจัยช่วยทำคลอดไหล่และลำตัวทารกออกมา (ขั้นตอนที่ 2 การคลอดไหล่และลำตัว)

1.2 แผ่นภาพแสดงท่าคูกเข้า ทำคลาน ทำนั่งยอง และทำนอนตะแคง

### 1.3 นาฬิกาจับเวลา

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ อายุครรภ์ ระดับขดมดลูก จำนวนครั้งการคลอด ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิด คะแนน APGAR Score ที่ 1, 5 นาที ทำที่ใช้ในการเบ่งคลอด และระดับการฝึกขาดของฝีเย็บ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในระยะคลอด โดยแบบสอบถามความพึงพอใจในระยะคลอด (Childbirth comfort questionnaire) ของ Schuiling (1992) ซึ่งผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทย แบบแปลไปข้างหน้า (Forward translation) แบบสอบถามมีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 14 และข้อคำถามทางด้านลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 9, 12, 13 ลักษณะเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และให้ผู้คลอดประเมินในช่วง 2-4 ชั่วโมงหลังคลอด

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนพิจารณาตามลักษณะข้อคำถาม ดังนี้

ตัวเลือกคำถามที่มีความหมายในด้านบวก	คำถามที่มีความหมายในด้านลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน	5 คะแนน
ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ 3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วย 4 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน	1 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14 - 70 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้คลอดมีความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจในระยะคลอดมาก

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

### 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1.1 โปรแกรมการจัดการทางการแพทย์ในระยะคลอด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์จำนวน 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล

มารดาและทารก (Advanced practice nurse) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านการผดุงครรภ์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำเรื่องของการให้ความรู้ที่ควรมาอยู่ในระยะเริ่มเข้าสู่ระยะ Active phase ของระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งเป็นระยะที่ผู้คลอดเจ็บครรภ์ไม่รุนแรง จะทำให้ผู้คลอดสามารถรับฟังคำแนะนำได้ดีกว่า ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้คลอดครรภ์แรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลทางสถิติศาสตร์ และแบบสอบถามความสบายในระยะคลอด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์จำนวน 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลมารดาและทารก (Advanced practice nurse) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านการผดุงครรภ์ 1 ท่าน เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสบายในระยะคลอดมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ได้เท่ากับ 1

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสบายในระยะคลอดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดทางช่องคลอดจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาของ (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา IRB เลขที่ G-HS 099/ 2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม IRB เลขที่ NPH-REC 009/ 2021 รวมทั้งทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยการศึกษา ผู้วิจัยตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบผู้ที่คาดว่าจะเป็กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ของการคลอดช่วงเริ่มเข้าสู่ระยะเร่ง ซึ่งผู้คลอดยังเจ็บครรภ์ไม่รุนแรง และพูดคุยหรือให้ข้อมูลในช่วงที่มดลูกคลายตัวเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยง และการป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น หากกลุ่มตัวอย่าง

เบ่งแล้วไม่คลอตกภายในเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ผู้วิจัยจะรายงานสถิติแพทย์ และส่งต่อให้สถิติแพทย์ดูแล การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุตัวบุคคล นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ด้านการศึกษาเท่านั้น และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบคำชี้แจงและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม และเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

## การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 ผู้วิจัยเตรียมภาชนะที่บ่มองด้านในไม่เห็นบรรจุฉลากสีชมพูและสีฟ้า สีละ 25 ใบ เพื่อใช้จับฉลาก
- 1.2 ผู้วิจัยเตรียมเตียงคลอดให้สะอาดและพร้อมใช้งาน โดยเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามมาตรฐานของโรงพยาบาลนครปฐม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของเตียงคลอด
- 1.3 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกหลังคลอด เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความสบายในระยะคลอดหลังการทดลอง (Post-test) เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอาใจผู้วิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ เพื่อให้สามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ รวมทั้งการวางตัวเป็นกลาง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาคำตอบด้วยตนเอง

### 2. ขั้นตอนการ

2.1 ในช่วงเวรเช้าและเวรบ่ายของแต่ละวัน ผู้วิจัยขึ้นไปที่แผนกห้องคลอด ให้พยาบาลช่วยสอบถามความสนใจของผู้คลอดที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และส่งมาพูดคุยกับผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้ผู้คลอดทราบรวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หากผู้คลอดสนใจ ผู้วิจัยจะให้ผู้คลอดเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.2 ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก ซึ่งผู้วิจัยจัดทำสลากไว้ล่วงหน้าเท่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น 2 สี สีชมพูแทนกลุ่มทดลอง สีฟ้าแทนกลุ่มควบคุม โดยจัดเก็บในภาชนะที่บ่มองด้านในไม่เห็น ผู้วิจัยจับสลากแบบไม่ใส่กลับคืน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อให้

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน จากนั้นผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การให้สิ่งทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ ในระยะคลอตร่วมกับการพยาบาลตามปกติจากผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียวจากพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด

### 2.3.1 โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด

2.3.1.1 ระยะที่ 1 ของการคลอด (ระยะเริ่มเข้า Active phase ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานในการคลอด การจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยผู้วิจัยใช้แผ่นภาพประกอบการบรรยาย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.3.1.2 ระยะเบ่งคลอด (ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร) แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย

(1) ระยะเฉื่อย (Passive second stage) (เป็นช่วงที่ปากมดลูกเปิดหมด มารดาจะมีอาการสงบลง สามารถนอนพักได้ช่วงสั้น ๆ ความถี่และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกลดลง เป็นช่วงที่เตรียมจะเบ่งต่อไป ระยะนี้ใช้เวลา 10-30 นาที) ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ

(2) ระยะเร่ง (Active second stage) (เป็นช่วงที่ผู้คลอดอยากเบ่งคลอดด้วยตนเอง ส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมา จนสามารถเห็น Labia minora แยกจากกัน และเห็นส่วนนำทารก)

(2.1) ผู้วิจัยจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ ได้แก่ ทำคุกเข่า ทำคลาน ทำนั่งยอง และทำนอนตะแคง ตามที่ผู้คลอดต้องการ

(2.2) ผู้วิจัยให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยเบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง ผู้คลอดอาจกลั้นหายใจ ออกเสียง หรือปล่อยลมหายใจออกในขณะที่เบ่งคลอดได้ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการเบ่งของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความรู้สึกอยากเบ่งของผู้คลอด

(2.3) ผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลาการเบ่งคลอด ดูแลความสบายด้านร่างกายของผู้คลอด โดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดใบหน้า พุดให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง

(2.4) ผู้วิจัยทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน โดยหลังจากที่ผู้คลอดเบ่งคลอดจนศีรษะทารกโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดเท่าไข่ไก่ (ประมาณ 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิจัยพิจารณาว่าจะตัดฝีเย็บหรือไม่ และป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ (Safe perineum) พร้อมทั้งพยายามให้ศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก (ขั้นตอนที่ 1 การคลอดศีรษะ) จากนั้นเมื่อศีรษะทารกมีการหมุนกลับของศีรษะ 45 องศา

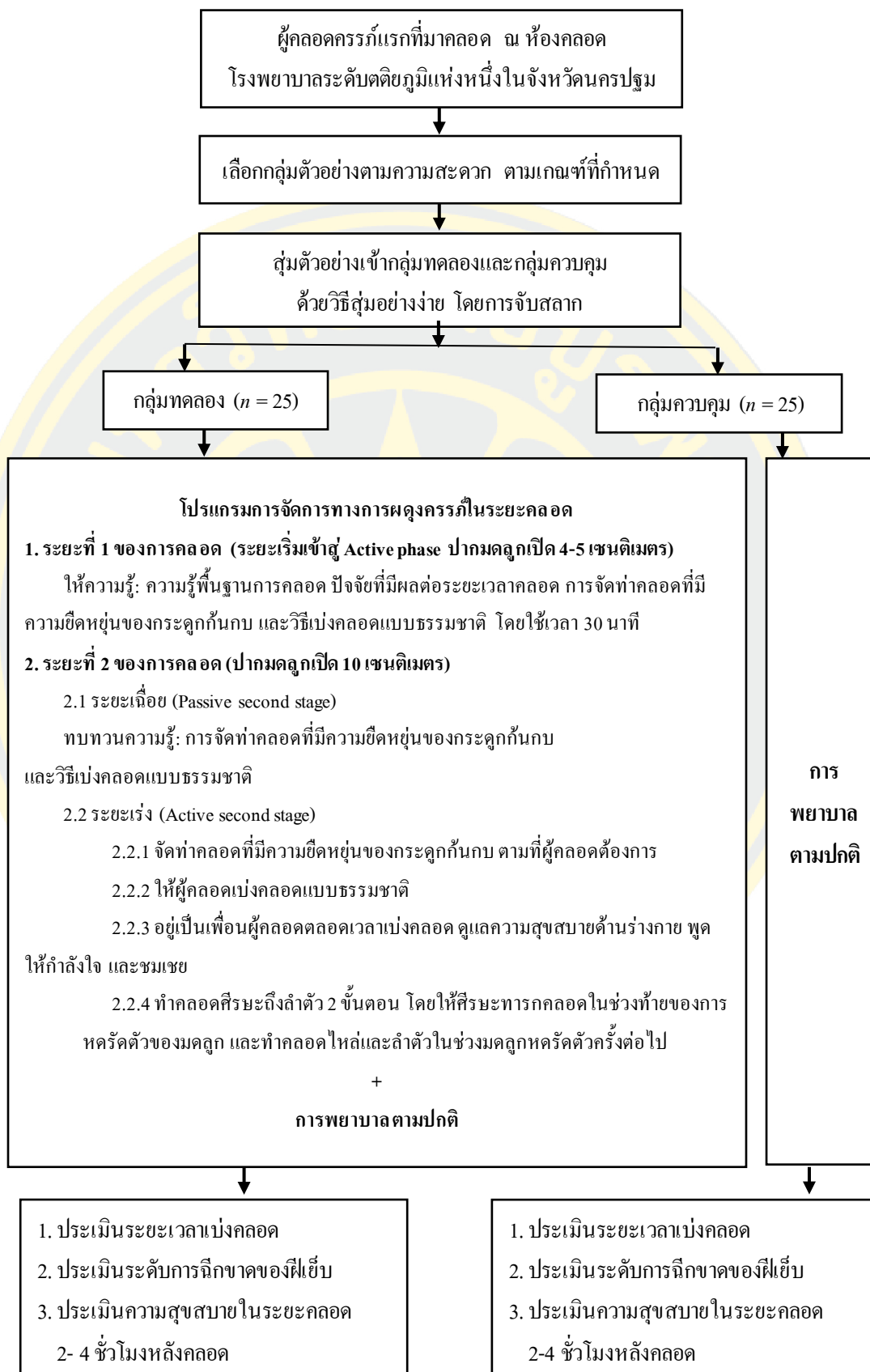
(Restitution) ผู้วิจัยช่วยหมุนศีรษะภายนอกต่ออีก 45 องศา (External rotation) เช็ดตา คูดมื่ออกในปากและจมูก และตรวจสายสะดือพันคอ เมื่อมดลูกมีการหดตัวครั้งต่อไป ผู้วิจัยช่วยทำคลอดไหล่และลำตัวทารกออกมา (ขั้นตอนที่ 2 การคลอดไหล่และลำตัว)

### 2.3.2 การพยาบาลตามปกติ

2.3.2.1 เมื่อปากมดลูกเปิดหมด พยาบาลให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข่า และควบคุมการเบ่งคลอด และเมื่อศีรษะทารกโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่าไข่มุกพยาบาลผู้ทำคลอดจะตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น แล้วเชิษฐ์เบ่งต่อ เมื่อศีรษะทารกจะคลอด ผู้ทำคลอดป้องกันการหนีขาดของฝีเย็บ หลังจากนั้นศีรษะทารกจะมี Restitution ผู้วิจัยช่วยทำ External rotation แล้วเช็ดตา คูดมื่ออกในปากและจมูก และตรวจสายสะดือพันคอ แล้วทำคลอดไหล่และลำตัวทารก เมื่อคลอดเสร็จจะประเมินภาวะสุขภาพของผู้คลอดเป็นระยะ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ทารกคูดนมมารดาทันทีในช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด และหากไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะย้ายผู้คลอดและทารกแรกเกิดไปดูแลต่อที่แผนกหลังคลอด

### 2.4 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.4.1 หลังคลอดเสร็จผู้วิจัยประเมินระยะเวลาเบ่งคลอด โดยคำนวณจากระยะเวลาที่ผู้คลอดเริ่มเบ่งครั้งแรกจนถึงทารกคลอดออกมาทั้งตัว และประเมินระดับการหนีขาดของฝีเย็บโดยผู้วิจัยประเมินร่วมกับพยาบาลประจำการของห้องคลอดที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี และลงบันทึกลงใบแบบประเมิน ส่วนความสุขสบายในระยะคลอด ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเองในระยะ 2-4 ชั่วโมงหลังคลอดที่แผนกหลังคลอด โดยใช้แบบสอบถามความสุขสบายในระยะคลอด ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที รายละเอียดการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังแสดงภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เครื่องประมวลผล และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางสถิติศาสตร์ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุ รายได้ของครอบครัว อายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ระดับความสูงข้อมดลูก และน้ำหนักทารกแรกเกิด ใช้สถิติทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) ส่วนสถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ ใช้สถิติไคส์แควร์ (Chi-square test)

3. เปรียบเทียบระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด และความสุขสบายในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเบื้องต้นของการใช้สถิติดังนี้

3.1 ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มมีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution) โดยใช้ Fisher skewness coefficient and Fisher kurtosis coefficient หากพบว่าค่าอยู่ในช่วงใกล้เคียงกับ -1.96 และ + 1.96 จึงแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ

3.2 ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Levene's test หากได้ค่า  $p < .05$  แสดงว่าความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่ม

3.3 กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่ม (Randomness) โดยใช้สถิติ Runs test หากได้ค่า  $p$ -value = .08 ซึ่ง  $p > .05$  แสดงว่าข้อมูลมาจากการสุ่ม

3.4 ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน (Independence) โดยใช้สถิติ Durbin-Watson หากได้ค่า Durbin-Watson coefficient ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน

4. เปรียบเทียบระดับการฝึกหัดของฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Experimental design with two-group posttest-only) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ใน ระยะคลอดต่อระยะเวลาที่สองของการคลอด ระดับการศึกษาคของฝีเย็บ และความสุขสบายในผู้ คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ผลการ วิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระยะเวลาเบ่งคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับการศึกษาคของฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความสุขสบายในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งใน จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 25 ราย คลอดเวรเช้า 15 คน เวรบ่าย 10 คน และกลุ่มควบคุม 25 ราย คลอดเวรเช้า 14 คน เวรบ่าย 11 คน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ส่วนข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ประกอบด้วย อายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ระดับความสูงขอดมดลูก การเปิดของปากมดลูกแรกรับ น้ำหนักทารกแรกเกิด และคะแนนแอฟการ์น่าที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 รายละเอียดของข้อมูลดังแสดงใน ตารางที่ 2

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

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )		สถิติที่ใช้	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	อายุ (ปี)	$M = 23.64, SD = 3.88$		$M = 24.52, SD = 3.95$		
20-25	18	72	16	64		
26-30	5	20	6	24		
31-34	2	8	3	12		
สถานภาพสมรส					$X^2 = .001^*$	1.00
คู่	24	96	24	96		
หย่าร้าง	1	4	1	4		
ศาสนา					$X^2 = .001^*$	1.00
พุทธ	25	100	25	100		
ระดับการศึกษา					$X^2 = .80$	.84
ประถมศึกษา	2	8	3	12		
มัธยมตอนต้น	12	48	9	36		
มัธยมตอนปลาย/	4	16	5	20		
ปวช.						
ปวส./ อนุปริญญา	7	28	8	32		
ขึ้นไป						
อาชีพ					$X^2 = 1.29$	.73
แม่บ้าน	10	40	11	44		
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	3	12	2	8		
รับจ้าง/ พนักงาน	11	44	12	48		
บริษัท						
ข้าราชการ/	1	4	0	0		
รัฐวิสาหกิจ						

\* อ่านด้วยค่า Fisher's exact test

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		สถิติที่ใช้	p-value
	(n = 25)		(n = 25)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ของครอบครัว	M = 22920 SD = 5604.46		M = 22240 SD = 5464.12		t = .43	.62
15,000- 20,000	14	56	15	60		
20,001- 25,000	6	24	5	20		
25,001- 30,000	3	12	3	12		
มากกว่า 30,000	2	8	2	8		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	M = 52, SD = 7.14		M = 52.82, SD = 8.19		t = - .32	.39
< 45	6	24	7	28		
45-54	10	40	9	36		
55-64	8	32	8	32		
65-74	1	4	6	24		
ส่วนสูง (เซ็นติเมตร)	M = 159.60, SD = 6.48		M = 159.56, SD = 5.87		t = .02	.98
145-154	3	12	7	28		
155-164	15	60	15	60		
165-174	6	24	2	8		
มากกว่า 174	1	4	1	4		
ดัชนีมวลกายก่อนการ ตั้งครรภ์ (kg/m <sup>2</sup> )	M = 20.45, SD = 2.60		M = 22.02, SD = 3.24		t = -1.88	.06
< 18.5	6	24	6	24		
18.50-24.99	18	72	18	72		
25.00-29.99	1	4	1	4		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ทดลองกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปีมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 72 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และมีอายุเฉลี่ย 23.64 ปี (SD = 3.88) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง

26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 24 และมีอายุเฉลี่ย 24.52 ปี ( $SD = 3.95$ ) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรสคู่ เท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 96 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคน (ร้อยละ 100) นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมาจบการศึกษาระดับปวส./ อนุปริญาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28 ส่วนกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมาจบการศึกษาระดับระดับปวส./ อนุปริญาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้าง/ พนักงานบริษัทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 และ 48 ตามลำดับ รองลงมาประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 40 และ 44 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวประมาณ 15,000-20,000 บาท/ เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมามีรายได้ของครอบครัวประมาณ 20,001-25,000 บาท/ เดือน คิดเป็นร้อยละ 24 ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวประมาณ 15,000-20,000 บาท/เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์  $18.50-24.99 \text{ kg/m}^2$  เท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 72 และกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ  $20.45 \text{ kg/m}^2$  ( $SD = 2.60$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ  $22.02 \text{ kg/m}^2$  ( $SD = 3.24$ )

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของ ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และรายได้ ใช้สถิติทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) ส่วนสถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )

ข้อมูลทางสถิติศาสตร์	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )		สถิติที่ใช้	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อายุครรภ์</b>	$M = 39.24, SD = 1.05$		$M = 39.12, SD = 1.01$		$t = .41$	.68
37-38 สัปดาห์	6	24	6	24		
39-40 สัปดาห์	16	64	18	72		
มากกว่า 40 สัปดาห์	3	12	1	4		
<b>ระดับความสูงยอดมดลูก</b>	$M = 31.28, SD = 2.07$		$M = 30.44, SD = 1.71$		$t = 1.56$	.12
25-29 cm.	6	24	7	28		
30-34 cm.	19	76	18	72		
<b>ปากมดลูกเมื่อแรกจับ</b>	$M = 4.36, SD = .49$		$M = 4.56, SD = .50$		$t = 1.41$	.16
4 cm.	16	64	11	44		
5 cm.	9	36	14	56		
<b>น้ำหนักทารกแรกเกิด</b>	$M = 3074.40$		$M = 3120$		$t = .46$	.64
	$SD = 269.22$		$SD = 413.40$			
< 2,500 กรัม	0	0	2	8		
2,501-3,000 กรัม	12	48	7	28		
3,001-3,500 กรัม	13	52	12	48		
> 3,500 กรัม	0	0	4	16		
	Min-Max = 2550-3500		Min-Max = 2340-3850			
<b>คะแนนแอฟการ์นาที่ที่ 1</b>					$X^2 = .001^*$	1.00
8 คะแนน	1	4	2	8		
9 คะแนน	24	96	23	92		
<b>คะแนนแอฟการ์นาที่ที่ 5</b>					$X^2 = .001^*$	1.00
9 คะแนน	2	8	2	8		
10 คะแนน	23	92	23	92		

\* อ่านด้วยค่า Fisher's exact test

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 39-40 สัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64 และร้อยละ 72 ตามลำดับ และมีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 39.24 สัปดาห์ ( $SD = 1.05$ ) และ 39.12 สัปดาห์ ( $SD = 1.01$ ) ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีระดับขดมดลูกเฉลี่ย 31.28 เซนติเมตร ( $SD = 2.07$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับขดมดลูกเฉลี่ย 30.44 เซนติเมตร ( $SD = 1.71$ ) กลุ่มทดลองมีการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกเริ่มเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 เซนติเมตร ( $SD = .49$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกเริ่มเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 เซนติเมตร ( $SD = .50$ ) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคน (ร้อยละ 100) ไม่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ ไม่ได้รับยา Oxytocin ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด และคลอดปกติ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 3,001-3,500 กรัมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 และร้อยละ 48 ตามลำดับ และมีน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,074.40 กรัม ( $SD = 269.22$ ) และ 3,120 กรัม ( $SD = 413.40$ ) ตามลำดับ ทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96 และร้อยละ 92 ตามลำดับ และมีคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 5 เท่ากับ 10 เท่าๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 92

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุครรภ์ ระดับขดมดลูก ปากมดลูกเมื่อแรกเริ่ม และน้ำหนักทารกแรกเกิด ใช้สถิติทีแบบอิสระ (Independent  $t$ -test) ส่วนคะแนนแอฟการ์นาทิจที่ 1 และนาทิจที่ 5 ใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ตารางที่ 4 ข้อมูลท่าที่ใช้ในการเบ่งคลอด

ท่าที่ใช้ในการเบ่งคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ท่าที่ใช้ในการเบ่งคลอด				
ท่าคุกเข่า	4*	16	0	0
ท่านั่งยอง	21*	84	0	0
ท่าคลาน	1*	4	0	0
ท่านอนตะแคง	16*	64	0	0
ท่านอนหงายชันเข่า	0	0	25	100

\* 1 คนใช้ท่าคลอดมากกว่า 1 ท่า

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองใช้ท่าคลอดแบบนั่งยองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84 รองลงมาคือ ท่านอนตะแคง ร้อยละ 64 ส่วนกลุ่มควบคุมใช้ท่านอนหงายชันเข่าทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 5 ข้อมูลการฝึกหัดของฝีเย็บ

การฝึกหัดของฝีเย็บ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตัดฝีเย็บ				
ตัดฝีเย็บ	8	32	23	92
ฝึกหัดระดับ 2	8	32	22	88
ฝึกหัดระดับ 3	0	0	1	4
ไม่ตัดฝีเย็บ	17	68	2	8
ไม่มีการฝึกหัดของฝีเย็บ	5	20	0	0
ฝึกหัดระดับ 1	11	44	1	4
ฝึกหัดระดับ 2	1	4	1	4

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ทดลองกลุ่มทดลองมีการตัดฝีเย็บจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 32) ในกลุ่มที่ตัดฝีเย็บทุกราย (8 ราย) มีการหนีขนาดของฝีเย็บระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 32 และไม่ตัดฝีเย็บจำนวน 17 (ร้อยละ 68) ในกลุ่มที่ไม่ตัดฝีเย็บ พบว่าไม่มีการหนีขนาดของฝีเย็บจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 20) มีการหนีขนาดของฝีเย็บระดับ 1 จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 44) และมีการหนีขนาดของฝีเย็บระดับ 2 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4)

ส่วนผู้ทดลองกลุ่มควบคุมมีการตัดฝีเย็บจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 92) ในกลุ่มที่ตัดฝีเย็บมีการหนีขนาดของฝีเย็บระดับ 2 จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 88) และมีการหนีขนาดของฝีเย็บระดับ 3 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4)

## ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบ ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent *t*-test ผลการทดสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาเบ่งคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) ผลการทดสอบดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด (นาที) ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ ) ด้วยสถิติ Independent *t*-test

กลุ่ม	<i>n</i>	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
						difference			
ระยะเวลาที่สองของการคลอด									
กลุ่มทดลอง	25	6	50	22.68	12.14	-26.44	-4.44	33.22	<.001
กลุ่มควบคุม	25	12	125	49.12	27.16				

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ทดลองกลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดอยู่ในช่วง 6-50 นาที มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ย 22.68 นาที ( $SD = 12.14$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่สองของการคลอดอยู่ในช่วง 12-125 นาที มี ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ย 49.12 นาที ( $SD = 27.16$ ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดระหว่างกลุ่ม



ทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent  $t$ -test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่สองของการคลออดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t_{33,22} = -4.44$ ,  $p < .001$ ) โดยสั้นกว่า 26.44 นาที

**ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับการนึกขาดของฝึยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**  
ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบระดับการนึกขาดของฝึยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi square test ผลการวิเคราะห์ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบระดับการนึกขาดของฝึยระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ ) ด้วยสถิติ Chi-square test

ระดับการนึกขาดของฝึย	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )		กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )		$\chi^2$	df	p-value (1-tailed)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
0-1	16	63	1	4	17.46	1	< .001
2-3	9	36	24	96			

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้คลออดกลุ่มทดลองมีการนึกขาดของฝึยระดับ 0-1 จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 และระดับ 2-3 จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนผู้คลออดกลุ่มควบคุมมีการนึกขาดของฝึยระดับ 0-1 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 และพบการนึกขาดระดับ 2-3 จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 เมื่อเปรียบเทียบระดับการนึกขาดของฝึยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการนึกขาดของฝึยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Corrected Chi-square = 17.46,  $p < .001$ )

**ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความสุขสบายในระยะคลออดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายในระยะคลออดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ (Independent  $t$ -test) โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent  $t$ -test ผลการทดสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขสบายในระยะคลออดและคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายในระยะคลออดด้วยสถิติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ (Independent  $t$ -test) ผลการทดสอบดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความสบายในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง ( $n = 25$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 25$ ) ด้วยสถิติ Independent  $t$ -test

กลุ่ม	$n$	Min	Max	$M$	$SD$	Mean	$t$	$df$	$p$ -value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	25	33	65	53.72	7.60	6.96	3.40	48	< .001
กลุ่มควบคุม	25	34	58	46.76	6.80				

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนความสบายในระยะคลอดอยู่ในช่วง 33-65 คะแนน และมีคะแนนความสบายในระยะคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 53.72 คะแนน ( $SD = 7.60$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสบายในระยะคลอดอยู่ในช่วง 34-58 คะแนน และมีคะแนนความสบายในระยะคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 46.76 คะแนน ( $SD = 6.80$ ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสบายในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent  $t$ -test พบว่า กลุ่มทดลองมีความสบายในระยะคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t_{48} = 3.40, p < .001$ )

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Experimental design with two-group posttest-only) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการนึ้กษาคของฝีเย็บ และความสุขสบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วยระยะที่ 1 ของการคลอด ให้ความรู้ และระยะที่ 2 ของการคลอด จัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ เบ่งคลอดแบบธรรมชาติ อยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดเวลา และทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลทางสูติศาสตร์ และแบบสอบถามความสุขสบายในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย และเปรียบเทียบระยะเวลาเบ่งคลอดและความสุขสบายในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent *t*-test รวมทั้งเปรียบเทียบระดับการนึ้กษาคของฝีเย็บของผู้คลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 72 และร้อยละ 64 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48 และร้อยละ 36 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างและพนักงานบริษัท ร้อยละ 44 และร้อยละ 48 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-24 ก.ก./ม<sup>2</sup>) เท่ากันทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 72) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 39-40<sup>+</sup> สัปดาห์ ร้อยละ 64 และร้อยละ 72 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีระดับยอดมดลูกเฉลี่ย 31.28 เซนติเมตร ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับยอดมดลูกเฉลี่ย 30.44 กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,074 กรัม ส่วนกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,120 กรัม

ผู้คลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคน คลอดปกติทางช่องคลอด ไม่มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการ ช่วยคลอด ทารกอยู่ในท่าท้ายทอยอยู่ด้านหน้า (Occiput anterior) ไม่ได้รับยาเร่งคลอดและยาบรรเทาปวด และไม่ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำ

2. ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t_{33.22} = -4.44, p < .001$ ) โดยมีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่า 26.44 นาที

3. ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดมีระดับการนึกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Corrected Chi-square = 17.46,  $p < .001$ )

4. ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t_{48} = 3.40, p < .001$ )

## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด ประกอบด้วยการจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ และการให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ ทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ ซึ่งได้แก่ ท่าคุกเข่า ท่าคลาน ท่านั่งยอง และท่านอนตะแคง ท่าเหล่านี้ทำให้ปลายของกระดูกก้นกบกางออกได้อย่างอิสระ สามารถช่วยเพิ่มขนาดของช่องเชิงกรานในแนวขวางไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร และในแนวหน้า-หลัง 0.5-2 เซนติเมตร (Ricci, 2009) ทำให้ช่องเชิงกรานขยายขนาดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้ศีรษะทารกมีการเคลื่อนต่ำได้ดีขึ้น (Simkin & Ancheta, 2015) ในการศึกษาครั้งนี้ทำที่ ผู้คลอดกลุ่มทดลองใช้มากที่สุด คือ ท่านั่งยอง และท่านอนตะแคง ซึ่งท่านั่งยองจะส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกตามแรงโน้มถ่วงของโลก ลดแรงต้านของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน อีกทั้งท่านั่งยองทำให้ช่องเชิงกรานทำมุมประมาณ 90-120 องศา กับแนวกระดูกสันหลัง

และการก้มตัวโค้งไปด้านหน้าเป็นรูปตัว C ของผู้คลอดในขณะที่เบ่งคลอดจะทำให้แนวของมดลูกตรงกับช่องเชิงกราน ประกอบกับแรงจากการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งของผู้คลอด ทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ดีขึ้น ส่งเสริมให้ ผู้คลอดมีความรู้สึกอยากเบ่งตามธรรมชาติ เนื่องจากการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกไปกดบริเวณพื้น เชิงกราน ทำให้เกิด Ferguson reflex กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin จากต่อมใต้สมองส่วนหลัง ส่งผลให้มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น ซึ่งจากการสังเกตผู้คลอดที่เบ่งคลอดตามธรรมชาติ เมื่อเริ่มมีความรู้สึกอยากเบ่ง จะสูดหายใจเข้าช่วงสั้น ๆ ระยะเวลาในการเบ่งจะสั้นและยาวสลับกันไป บางครั้งมีเสียงและไม่มีเสียง เบ่งติดต่อกันหลายครั้งตามความรู้สึก การเบ่งในลักษณะนี้จะเกิดการรั่วไหลของอากาศ ความดันในช่องอกและช่องท้องไม่สูงมาก ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดเลือดจะไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและกล้ามเนื้อมดลูกได้ตามปกติ การหดตัวของมดลูกเป็นไปตามปกติ ไม่เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อมดลูก จึงทำให้ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นลง ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Berta et al. (2019) ที่พบว่า ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบช่วยให้ค่าเฉลี่ยระยะที่ 2 ของการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลดลง 21.12 นาที) และการศึกษาของสุนิดา ชัยดิกุล และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ใช้ท่านั่งของบนเบาะรองคลอดร่วมกับการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ใช้ท่านอนหงายร่วมกับการเบ่งคลอดแบบควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สั้นกว่า 54.14 นาที)

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด มีระดับการฝึกขาดของฟีเซียบน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการฝึกขาดของฟีเซียบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอดมีการผสมผสานหลายกิจกรรมการพยาบาลที่มีส่วนช่วยให้ระดับการฝึกขาดของฟีเซียบลดลง ดังนี้ (1) การจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการจัดทำที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ ซึ่งเป็นท่าที่ผู้คลอดเลือกเอง โดยทำที่ผู้คลอดกลุ่มทดลองใช้มากที่สุด คือ ท่านั่งของ รองลงมา คือ ท่านอนตะแคง ท่าคลาน และท่าคุกเข่า โดยที่ท่าเหล่านี้ทำให้ปลายของกระดูกก้นกบกางออกได้อย่างอิสระ ส่งผลให้ช่องเชิงกรานขยายขนาดเพิ่มมากขึ้น และส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของศีรษะ ทารกได้สะดวกตามทิศทางของแรงโน้มถ่วงของโลก ลดแรงต้านของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน จากการที่เนื้อเยื่อฟีเซียบสามารถยืดขยายได้มาก และจะถูกรูดขึ้นโดยรอบของศีรษะทารกที่ค่อย ๆ โผล่พ้นปากช่องคลอด

ออกมา โอกาสฝึกหัดของฝีเย็บจึงน้อยลง (2) การให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ โดยให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง โดยไม่มีการชี้นำ ซึ่งความรู้สึกอยากเบ่งนี้จะเกิดเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำมากบริเวณฝีเย็บเกิด Ferguson's reflex ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกอยากเบ่งด้วยตนเอง เบ่งไม่นาน และอาจไม่เบ่งทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก ลักษณะการเบ่งเป็นแบบเปิดช่องลมหายใจ โดยการหายใจและปล่อยลมออกจากปากขณะเบ่ง การเบ่งแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 4-6 วินาที/ ครั้ง และเบ่ง 3-5 ครั้ง/การหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง การเบ่งคลอดลักษณะนี้จึงไม่รุนแรง ส่งผลให้ศีรษะทารกเคลื่อนออกมาอย่าง ช้า ๆ ฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย การดึงรั้งไม่รุนแรง ทำให้เกิดการชอกช้ำและการบาดเจ็บของฝีเย็บน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมภาร แสงนวล และคณะ (2561) ที่พบว่า การจัดทำอนตะแคงร่วมกับการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ ทำให้มีการฝึกหัดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่จัดทำอนหงายชันเข้าร่วมกับการเบ่งคลอดแบบควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ มณีวรรณ ยุระชัย และคณะ (2552) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติและการเบ่งคลอดแบบควบคุม พบว่า ผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบธรรมชาติมีการฝึกหัดของฝีเย็บระดับ 1 ร้อยละ 16.7 ระดับ 2 ร้อยละ 20 และระดับ 3 ร้อยละ 6.7 ส่วนผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบควบคุมได้รับการตัดฝีเย็บทั้งหมด (3) การทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน โดยหลังจากที่ผู้คลอดเบ่งคลอดจนศีรษะโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดเท่าไขว้ไก่ ผู้วิจัยจะพิจารณาว่าตัดฝีเย็บหรือไม่ และป้องกันการฝึกหัดของฝีเย็บ พร้อมทั้งพยายามให้ศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก จากนั้นเมื่อศีรษะทารกมี Restitution (การหมุนกลับของศีรษะ 45 องศา) ผู้วิจัยช่วยทำ External rotation (หมุนศีรษะภายนอกต่ออีก 45 องศา) เช็ดตา ดูคตเมื่อในปากและจมูก และตรวจสอบสายสะดือพันคอแล้ว เมื่อมดลูกมีการหดตัวครั้งต่อไป ผู้วิจัยช่วยทำคลอดไหล่และลำตัวทารกออกมา การทำคลอดทารกด้วยวิธีนี้จะช่วยการฝึกหัดของฝีเย็บได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Edqvist et al. (2016) ที่ศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งประกอบไปด้วย การจัดทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ การเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ และการใช้เทคนิคการทำคลอดศีรษะและลำตัวแบบ Two step head to body delivery โดยการให้ศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดเอง ในช่วงท้ายของการหดตัวของมดลูก และทำคลอดไหล่และลำตัวในช่วงมดลูกหดตัวครั้งต่อไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด มีระดับการฝึกหัดของแผลฝีเย็บระดับ 2 ลดลง และไม่พบการฝึกหัดของ ฝีเย็บระดับ 3 เลย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3** ผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด มีความสุขสบายในระยะคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดความสุขสบายของ Kolcaba (2003) ได้ว่า ความสุขสบายในระยะคลอดเกิดจากการที่ผู้คลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เช่น การได้รับการบรรเทาปวดจากการหดตัวของมดลูก การได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical comfort) การได้รับการปฏิบัติอย่างให้เกียรติ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา การมีโอกาสได้ปฏิบัติตนตามความเชื่อของตน การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การได้รับกำลังใจ และคำชมเชย เมื่อผู้คลอดปฏิบัติตนได้ถูกต้อง การได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจ (Contentment) รู้สึกสุขสบายในด้านจิตวิญญาณ (Psychospiritual comfort) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ผู้คลอดกลุ่มทดลองเลือกทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบด้วยตนเอง แบ่งคลอดแบบธรรมชาติ และทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ขั้นตอน กิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้ช่วยทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง ผู้คลอดไม่ต้องเผชิญกับระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน และช่วยลดการบาดเจ็บของฝีเย็บได้ นอกจากนี้ทำคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบบางท่า เช่น ท่าคุกเข่า ทำนั้งยอง ยังเป็นท่าที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายมากขึ้น (Sandstrom et al., 2017) รวมทั้งการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาที่แบ่งคลอด คอยดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย โดยใช้ผ้าหุบน้ำเช็ดใบหน้า พูดยให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Yuenyong et al., 2012)

### ข้อจำกัดในการวิจัย

แบบสอบถามความสุขสบายในระยะคลอดเป็นเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาในต่างประเทศ สำหรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างประเทศนั้น ซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษาที่ใช้ บางข้ออาจจะไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทย เช่น ข้อ 1. ฉันมีความเป็นส่วนตัวเพียงพอ ข้อ 5. ร่างกายของฉันกำลังทำงานได้เป็นอย่างดี ข้อ 12. ฉันรู้สึกเหมือนกำลังจะแพ้ เป็นต้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่า มีระดับการฝึกขาดของฝีเย็บน้อยกว่า และมีความสุขสบายในระยะคลอดมากกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องคลอดสามารถนำโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอด เพื่อช่วยลดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดให้สั้นลง มีระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บน้อยลง และมีความสุขสบายในระยะคลอดมากขึ้น ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้อาจจัดทำคลอดบนพื้นที่สะอาด แทนการจัดทำคลอดบนเตียง เพราะอาจทำให้ผู้คลอดตกเตียงได้

2. ด้านการศึกษาการพยาบาลอาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดไปสอดแทรกในการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลในระยะคลอดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อผลลัพธ์การคลอดอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ระดับความเจ็บปวดของแผลฝีเย็บ ความเหนื่อยล้าหลังคลอด เป็นต้น

2. ศึกษาโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดในผู้คลอดกลุ่มอื่น ๆ ที่มีแนวโน้มระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน เช่น ผู้คลอดครรภ์แรกอายุมาก ผู้คลอดที่ไม่มีแรงเบ่ง เป็นต้น

3. ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบที่ผู้คลอดชอบใช้ในแต่ละท่า เช่น ท่านั่งยอง ท่านอนตะแคง ท่าคุกเข่า และควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นและใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial [RCT])

4. การพัฒนาปรับปรุงแบบสอบถามความสุขสบายในระยะคลอดให้เหมาะสมยิ่งขึ้นตามบริบทของวัฒนธรรมไทย



## บรรณานุกรม

- กิตติมา ดั่งมณี, เขาวเรศ สมทรัพย์, ฐิติพร อิงคदारวงศ์, และ ศศิกานต์ กาสะ. (2560). ผลของการจัดทำสื่อประยุกต์ต่อความปวด และเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(1), 35-49.
- ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และ วรรณภา พาหุวัฒน์กร. (2558). ผลของการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(2), 52-62.
- ทรงพร จันทรพัฒน์, วรจันทร์ เพชรพิเชษฐ์, และ อุไร หักกิจ. (2551). ผลของโปรแกรมโยคะต่อความสุขสบายของมารดาในระยะตั้งครรภ์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 123-133.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, และ โสมภัทร สรไชย. (2557). เปรียบเทียบการเตรียมคลอดและวิธีการเบ่งต่อผลการคลอดของมารดาที่คลอดครั้งแรก. *วารสารสาธารณสุข*, 45-55.
- ปณัชชัญญา ชุมนบุญยัง, เกสร สุวิหะศิริ, ลักษณ์ บัวสมบุญ, วรรณดี ศรีสว่าง, และ นงลักษณ์ เกิดทำไม้. (2564). ประสิทธิผลของการใช้แผนการเจ้านั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดต่อระดับความเจ็บปวดเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 294-340.
- ปิริยา ศุภศรี. (2551). *การพยาบาลในระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- มาวศรี มานุษ, ศรีสมร ภูมณสกุล, และ จันทิมา ขนบดี. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาบรรเทาปวด การควบคุมตนเอง การรับรู้การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลกับความรู้อีกสุขสบายในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(4), 46-60.
- มณีวรรณ ชุระชัย, เอมพร รัตโรส, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร และ นิตยา สิ้นสุกใส. (2552). ผลของวิธีเบ่งแบบควบคุมกับวิธีเบ่งแบบธรรมชาติต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดฝีเย็บในระยะหลังคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(3), 27-36.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา ปรีสัญญกุล และ นันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุชชา ลือวรรณ และ ชีระ ทองสง. (2555). *การดูแลระยะคลอดและการช่วยคลอดสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ลักขมีลัก
- สินีนาฏ หงส์ระนัย. (2559). เทคนิคการประคองฝีเย็บในขณะที่ทำคลอดศีรษะทารก: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3), 13-21.
- สุนิดา ชัยติกุล, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รัตนส, และ สุชาติ สีนุญเรือง. (2555). ผลของวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติร่วมกับทำนั้งของๆบนนวัตกรรมการเบ่งนั่งรองคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 7-14.
- สมภาพ แสงนวล, พิริยา สุภศรี, และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2561). ผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการนึ้กขาด และความปวดของฝีเย็บจากการคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(4), 21-29.
- Addo, V.N. (2010). Body mass index weight gain during pregnancy and obstetric outcomes. *Ghana Medical Journal*, 44(2), 64-69.
- Aderhold, K., & Roberts, E. (1991). Phases of second stage labor four descriptive case studies. *Journal of Nurse Midwifery*, 36(5), 267-275. <https://doi.org/10.1016/0091-2182>.
- Albers, L., & Borders, N. (2007). Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *The American College of Nurse Midwives*, 52(3), 246-253.
- Albers, L. L., Garcia, J., Renfrew, M., & Elbourne, D. (2003). Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth*, 26(1), 7-11.
- Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33(2), 94-100. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2006.00085>.
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 466.
- Bharti, R. D. (2018). Upright kneeling position during second stage of labor. *International Journal of Reproduction Contraception Obstetrics and Gynecology*, 7(2), 401-407.
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., & Mayerhofer, K. (2002). Perineal massage during pregnancy in primiparous woman. *Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78(3), 51-53.

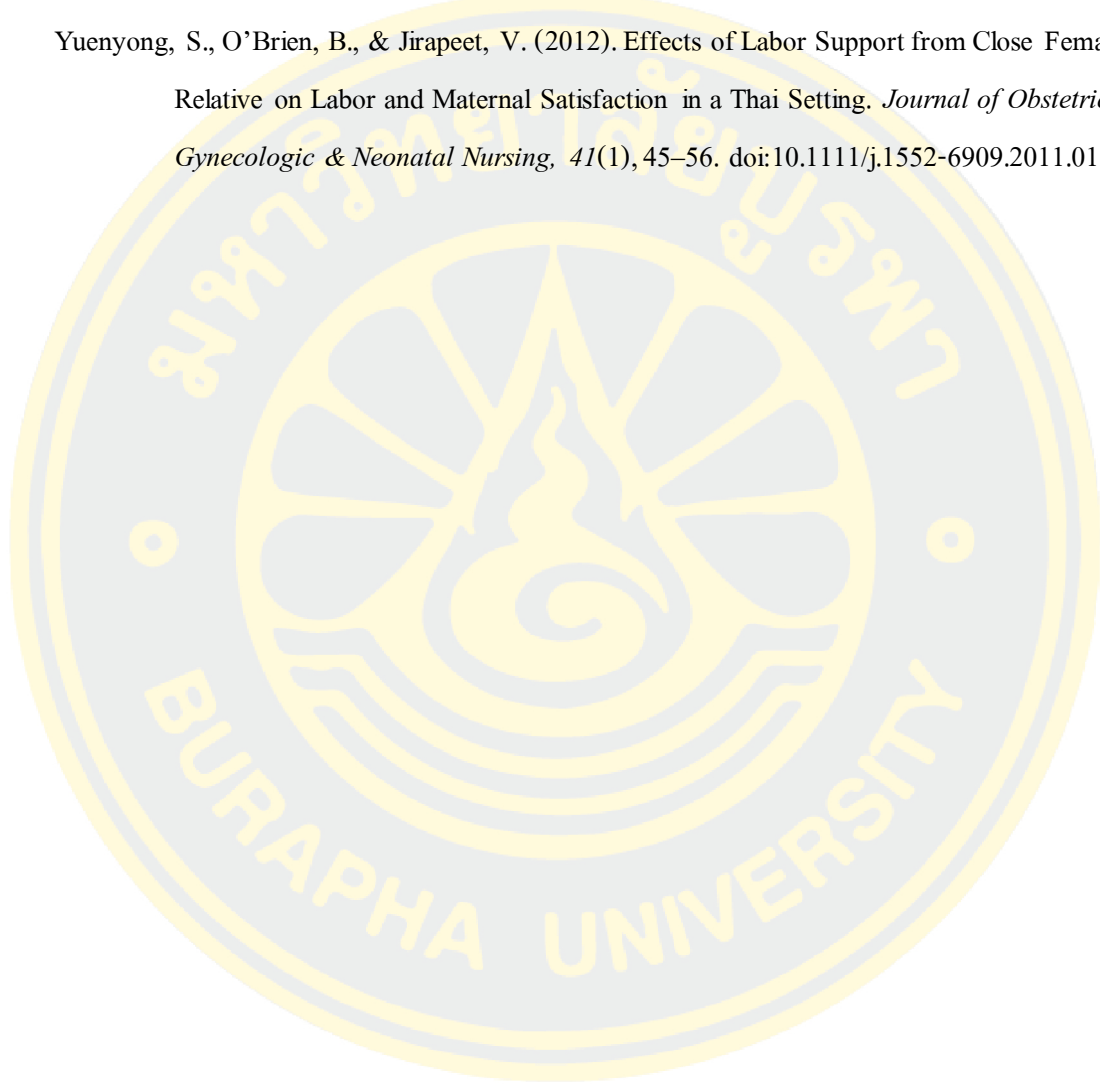
- Burns, N., & Grove, K. (2021) *The Practice of Nursing Research, Conduct, Critique, and Utilization* (4<sup>th</sup> ed.). W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Carroli, G., & Belizan, J. (2000). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 108-120. <https://doi.org/10.1002/14651858>.
- Chang, S. C., Chou, M. M., Lin, K. C., Lin, L. C., Lin, Y. L., & Kuo, S. C. (2010). Effects of a pushing. Intervention on pain, fatigue and birthing experiences among taiwanese women during the second stage of labour. *Midwifery In Press Corrected Proof*, 30(2), 94-100.
- Christianson, L., Bovbjerg, V., Mcdavitt, E., & Hullfish, K. (2003). Risk factors for perineal injury during delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(1), 255–260.
- Cosner, K. R., & Dejonh, E. (1993). Physiologic second stage labor. *Maternal Care Nursing*, 18, 38-43.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2010). *Williams obstetrics* (23<sup>rd</sup> 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* (24<sup>th</sup> ed.). Singapore: McGraw-Hill.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hauth, J. C., & Wenstrom, K. D. (2018). *Williams obstetrics* (25<sup>th</sup> ed.). Singapore: McGraw-Hill.
- Davidson, W., Ren, Q., Kari, J., & Ulrich, R. A. (2008) Inhibition of function as revealed by studies in zebrafish embryos. *Cell cycle*, 7(9), 1224-1230.
- Deering, S., Carlson, N., Stitely, M., Allaire, A., & Satin, A. (2004). Perineal body length and lacerations at delivery. *The Journal of Reproductive Medicine*, 49(4), 306-310.
- Desbriere, R., Blanc, J., Le, D., Renner, J., Carcopino, X., & Loundou, A. (2013). Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(1), 1-60. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.882>.
- Edqvist, M., Hildingsson, I., Mollberg, M., Lundgren, I., & Lindgren, H. (2016). Midwives' management during the second stage of labor in relation to second degree tears. *Birth*, 44(1), 86–94. <https://doi.org/10.1111/12267>.
- Fraser, D.M., & Cooper, M.A. (2009) *Myles' Textbook for Midwives E-Book*. Elsevier Health Sciences. Amsterdam.

- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing, 46*(2), 212-219.
- Gropper, E. I. (1992). Promoting health promoting comfort. *Nursing Forum, 27*, 5-8.
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858>.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery, 18*(4), 260-267.
- Johnson, R. W. (1957). Calculations in estimating fetal weight. *American Journal Obstetrics and Gynecology, 74*(4), 929.
- Koehm, M. L. (2000). Alternative and complementary therapies for labor and birth: An application of Kolcaba's theory of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing Practice, 15*, 66-77.
- Kolcaba, K., & Fox, C. (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early-stage breast cancer going through radiation therapy radiation therapy. *Oncology Nursing Forum, 26*, 67-71.
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive Outcome. *Advance in Nursing Science, 15*(1), 1-10.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing, 19*, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York Springer Publishing.
- Labrecque, M., Eason, E., Marcoux, S., Lemieux, F., Pinault, J., Feldman, P. (1999). Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 180*(3), 593-600.
- Lai, M. L., Lin, K. C., Li, H. Y., Shey, K. S., & Gau, M. L. (2009). Effects of delayed pushing during the second stage of labor on postpartum fatigue and birth outcomes in nulliparous women. *Journal of Nursing Research, 17*(1), 62-72.
- Lee, N., Firmin, M., Gao, Y., & Kildea, S. (2018). Perineal injury associated with hands on hands poised and directed undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of non-operative vaginal births. *International Journal of Nursing Studies, 83*, 11-17.  
<https://doi.org/10.1016/2018.04.002>.

- Lemos, A., Amorim, M. M. R., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J. E., & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858>.
- 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.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2012). *Maternity & women's health care*. Elsevier Mosby.
- Lundquist, M., Olsson, A., Nissen, E., Norman, M. (2000). Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery. *Birth*, *27*(2), 79–85. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00079>.
- Murray, S.S., & Mckinney, E.S. (2014). *Pain management during childbirth*. In *Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*. (6<sup>th</sup> ed.). United States of America Saunders Elsevier.
- Nichols, H., & Humenick, S. (2000). *Childbirth education* (2<sup>nd</sup> ed.). Saunders.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia Lippincott.
- Renfrew, M., Hannah, W., Albers, L., & Floyd, E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth*, *25*(3), 143-160.
- Ricci, S., & Kyle, A. (2009). *Essentials of maternity newborn and women's health nursing*. Philadelphia.
- Richard, R., Terry, J., Laura, O., & Kelly, F. (2006). Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *Journal of Osteopathic Medicine*, *106*(4), 48-52.
- Rossi, A., & Lindell, S. (1986). Compliance with childbirth education classes in second stage Labor. *Birth*, *13*(2), 96–99. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG]. (2007). *Management of third and fourth degree perineal tears following vaginal delivery*, London press.

- Sandstrom, A., Altman, M., Cnattingius, S., Johansson, S., Ahlberg, M., & Stephansson, O. (2017). Durations of second stage of labor and pushing and adverse neonatal outcomes: a population-based cohort study. *J Perinatol*, *37*(3), 236-242. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.214>.
- Schullig, K. D., & Sampsel, C. M. (1999). Comfort in labor and midwifery art. *Journal of Nursing Scholarship*, *31*(1), 77-81.
- Shermer, H., & Raines, A. (1997). Positioning during the second stage of labor. *Moving Back to Basics*, *26*(6), 727-734. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997>.
- Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, *29*(1), 18-27.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2005). *The Labour Progress Handbook*. Blackwell Science, Oxford.
- Simkin, P. (2003). Maternal positions and pelvis revisited. *Birth*, *30*(2), 130-132.
- Sooklim, R., Thinkhamrop, J., Lumbiganon, P., Prasertcharoensuk, W., Pattamadilok, J., Seekorn, K., Chongsomchai, C., Pitak, P., & Chansamak, S. (2007). The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health*, *4*(10), 28-35.
- Soong, B., Barnes, M. (2005). Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma. *Birth*, *32*(3), 164-169. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00365>.
- Stepwart, P., & Calder, A. A. (2005). Posture in labour: Patients choice and its effect on performance. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, *91*(11), 1091-1095.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Geger, C. (2004). *Second Stage Pushing* (4<sup>th</sup> ed.). Jones and Bartlett.
- Weeks, D. J., & Kozak, J. L. (2001). Trends in the use of episiotomy in the United States. *Birth*, *28*(3), 152-160. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00152>.
- Williams, Amanda., Herron, S., & Hicks, C. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, *23*(2), 392-403.
- World Health Organization [WHO]. (1996). *Safe motherhood care in normal birth : A practical guide*. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf).
- World Health Organization [WHO]. (2019) *Recommendation on duration of the first stage of labour*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>.

- Yeates, D., & Roberts, D. (1984). A comparison of two bearing-down techniques during the second stage of labor. *Journal of Nurse Midwifery*, 29(1), 3-11.
- Yildirim, G., & Beji, N. K. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus a Randomized Study. *Birth*, 35(1), 25-30. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536.2007.00208>.
- Yuenyong, S., O'Brien, B., & Jirapeet, V. (2012). Effects of Labor Support from Close Female Relative on Labor and Maternal Satisfaction in a Thai Setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 45-56. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01311.





ภาคผนวก





ภาคผนวก ก  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย



**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
**(Participant Information Sheet)**

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 099/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการฝึกขาดของฝีเย็บ และความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก

ข้าพเจ้านางสาวทิวา ศรีสัน นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการฝึกขาดของฝีเย็บ และความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก” ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อ ส่งเสริมให้ผู้คลอดเข้าใจถึงกระบวนการในการคลอด วิธีการในการเบ่งคลอด และทำเบ่งคลอดที่ช่วยให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำได้มากขึ้น อันจะส่งผลให้มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นลง มีการบาดเจ็บของฝีเย็บลดลง และช่วยให้มารดามีความสุขสบายในระยะคลอดมากขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในหญิงระยะคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มโดยการจับสลาก สุ่มเข้ากลุ่มที่ได้รับการจัดทำเบ่งคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ ประกอบไปด้วย ทำคุกเข้า ทำคาน ท่านอนตะแคง ท่านั่งยอง ตามที่ท่านต้องการ โดยผู้วิจัยจะอยู่เคียงข้าง และให้คำแนะนำกับท่านตลอดระยะเวลาการเบ่งคลอด และแนะนำวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ เมื่อท่านเริ่มเบ่งคลอดครั้งแรกผู้วิจัยจะบันทึกเวลาที่ท่านเบ่งคลอด และจะใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาทีนับจากเวลาที่ท่านเบ่งคลอด หากท่านจับสลากได้สีฟ้าท่านจะได้รับการจัดทำท่านอนหงายชันเข้า และเชียร์เบ่งคลอด และได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์และพยาบาลห้องคลอด เช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 จนกระทั่งทารกคลอด ผู้วิจัยจะประเมินระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บ และระยะเวลาเบ่งคลอดที่

ได้บันทึกไว้ และใน 2 ชั่วโมงหลังจากคลอด ท่านจะได้รับการประเมินความสบายในระยะคลอด โดยผู้ช่วยผู้วิจัยใช้เวลาตอบแบบสอบถามไม่เกิน 15 นาที

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้ระยะเวลาในการเบ่งคลอดของท่านสั้นลง ท่านจะมีการบาดเจ็บของแผลฝีเย็บน้อยลง และมีความสุขสบายในระยะคลอดมากขึ้นและผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดในระยะเบ่งคลอดได้

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะพึงได้รับตามมาตรฐานวิชาชีพ และระหว่างเบ่งคลอดหากท่านและทารกในครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจะขอยกเลิกการวิจัยและยินดีให้การดูแลช่วยเหลือโดยส่งต่อผู้เชี่ยวชาญทันที ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยปกปิดชื่อ การนำข้อมูลไปอภิปรายผลหรือเผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น และเก็บแบบสอบถามดังกล่าวไว้ 1 ปีภายหลังวิเคราะห์ข้อมูล หรือตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้ในโต๊ะทำงาน มีกุญแจล็อคผู้วิจัยเป็นผู้ถือกุญแจ และจะทำลายข้อมูลหลังผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวทิวา ศรีสัตน หมายเลขโทรศัพท์ 090-9847713 หรือที่ รศ.ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 096-8855202

หากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620

นางสาวทิวา ศรีสัตน

ผู้วิจัย



เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 099/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะตลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระดับการศึกษาดของพี่เลี้ยง และความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก

ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....

ผู้ยินยอม (.....)

ลงนาม .....

พยาน (.....)



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการวิจัย

เอกสารการขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

เลขที่ IRB3-007/2564



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 099/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการทางการแพทย์ในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดต่อระยะเวลาเบ่งคลอด  
ระดับการฝึกหัดของฝีเย็บและความสุขสบายในผู้คลอดครั้งแรก

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวทิวา ศรีสัน

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |  |   |
|--|---|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 วันที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 |
| 2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย                       | ฉบับที่ 1 วันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563   |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย                 | ฉบับที่ 1 วันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563   |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย      | ฉบับที่ 2 วันที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 |
| 5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย      | ฉบับที่ 1 วันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563   |
| 6. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)                                 | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -             |

วันที่รับรอง : วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

วันที่หมดอายุ : วันที่ 12 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ลงนาม

*Jar* *KT*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรร แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี

ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



โรงพยาบาลนครปฐม  
Mahachulalongkorn Hospital

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม

COA No. 016/2021

NPH – REC No. 016/2021

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการจัดการทางการแพทย์พยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอดต่อระยะเวลาแบ่งคลอดระดับการฝึกหัดของมีเย็บและความสุขสบายในผู้คลอดครั้งแรก
รหัสโครงการ	009/2021
ชื่อผู้วิจัยหลัก/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวทิวา ศรีสัน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลนครปฐม
เอกสารที่รับรอง	1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม (มี 4 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล, 2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด, 3. ความสุขสบายต่อการคลอด และ 4. มาตรวัดความสุขสบายโดยรวมด้วยสายตาในระยะคลอด)
วิธีทบทวน	คณะกรรมการชุด Full Board Review
	ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
รับรองโดย	คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม
วันที่รับรอง	01 / 05 / 2021
วันหมดอายุ	30 / 04 / 2022

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงสุธัญญา บรรจงภาค)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน  
โรงพยาบาลนครปฐม

ลงนาม.....

(นางอรอนงค์ เหล่าตระกูล)

กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน  
โรงพยาบาลนครปฐม



ที่ อว ๘๑๓๗/๕๖๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๔ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวทิวา ศรีสัน รหัสประจำตัวนิสิต ๒๑๔๒๐๐๖๔ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ แบบไม่เต็มเวลา แผนการเรียนแบบ ก ๒ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการทางการพยาบาลในระยะที่ ๒ ของการคลอดต่อระยะเวลาเบ่งคลอด ระดับการฝึกขาดของมีเย็บและความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานในสังกัดของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกห้องคลอดของโรงพยาบาลนครปฐม จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และคลอดปกติทางช่องคลอด จำนวน ๕๐ คน ในระหว่างวันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๐-๙๘๔-๗๗๑๓ หรือ E-mail: yuyyumi@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th







ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการทางการดูแลสุขภาพในระยะคลอด

ครั้งที่/เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
ครั้งที่ 1 ของการคลอด (เริ่มเข้าสู่ระยะ Active phase ปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด</li> <li>- เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด และปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด</li> </ul>	<p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้คลอดด้วยท่าทางเป็นมิตร แนะนำตนเอง</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ การคลอด และปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้</p> <p>ระยะเวลาของการคลอด แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้</p> <p>1. ระยะที่ 1 ของการคลอด ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์สม่ำเสมอจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ครรภ์แรกใช้เวลา 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ยประมาณ 12 ชั่วโมง</p> <p>2. ระยะเบ่งคลอด เป็นระยะหลังปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดจะมีลมเบ่ง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงจนทารกคลอด</p> <p>3. ระยะคลอดรก เป็นระยะเวลาหลังจากทารกคลอดแล้ว จนรกคลอดใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที</p> <p>4. ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ตั้งแต่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด</p> <p><u>เทคนิคส่งเสริมการเบ่งคลอด</u></p> <p>1. ทำคลอดที่มีความยืดหยุ่น ของกระดูกก้นกบ</p>	10 นาที  30 นาที	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาพพลิก</li> <li>กระดาษคอป่า</li> <li>บรรยาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพ</li> <li>- ให้ความรู้ เป็นวิธีที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาความรู้ และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง</li> </ul>

ครั้งที่/เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
		<p>ทำที่ใช้ในการแบ่งคลอสมิหลายทำ ทำที่ใช้โดยทั่วไปคือทำนอนหงายชันเข่า ซึ่งทำนี้อาจส่งผลทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานขึ้น แผลฝีเย็บมีการฉีกขาดเพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและความไม่สุขสบายในระยะแบ่งคลอสมิ การศึกษาวิจัยพบว่า ทำคลอสมิที่ช่วยให้ทารกคลอสมิได้เร็วและมีเย็บฉีกขาดน้อยคือ ทำที่ใช้แรงโน้มถ่วงของโลกช่วยการเคลื่อนต่ำของทารกในครรภ์ และทำที่ช่วยให้ช่องทางออกขยายเพิ่มมากขึ้น หรือกระดูกก้นกบมีความยืดหยุ่นมากขึ้น "ได้แก่ ทำคุกเข่า ทำคลาน ทำนั่งยอง และทำนอนตะแคง ช่วยให้ระยะแบ่งคลอสมิเร็วขึ้น เพราะทำเหล่านี้ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของหัวเด็ก และช่วยทำให้ช่องทางคลอสมิขยายเพิ่มขึ้น ทำให้แผลฝีเย็บฉีกขาดน้อยลง</p> <p>2. การแบ่งคลอสมิแบบธรรมชาติ</p> <p>การแบ่งคลอสมิที่เกิดผลดีต่อผู้คลอสมิมากที่สุดคือ การแบ่งแบบธรรมชาติ โดยให้ผู้คลอสมิแบ่งเมื่อรู้สึกว่ายากแบ่ง แบ่งแบบบีคช่องทางลมหายใจ โดยที่ผู้คลอสมิไม่ต้องกลั้นหายใจ จำนวนครั้งและระยะเวลาของการแบ่งขึ้นกับความรูสึกของผู้คลอสมิออกยากแบ่ง</p>			<p>- ทำคลอสมิที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ (Flexible sacrum position) เช่น ทำคุกเข่า (Kneeling) ทำคลาน (Hands-and-knees) ทำนั่งยอง (Squatting) และทำนอนตะแคง (Side-lying) ช่วยให้ระยะที่ 2 ของการคลอสมิเร็วขึ้น</p> <p>เนื่องจากทำเหล่านี้ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ มีการขยายของช่องเชิงกรานในแนวหน้าหลังเพิ่มขึ้น 0.5-2 เซนติเมตร และแนวขวาง</p>

ครั้งที่/เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
		<p>โดยทั่วไปใช้เวลา 4-6 วินาที/ ครั้ง ตลอดการหดตัวของมดลูก อาจมีการออกเสียงร่วมด้วยก็ได้</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>ทำนั่งยอง</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>ทำคุกเข่า</p> </div> </div>			<p>เพิ่มขึ้น 1 เซนติเมตร (Ricci &amp; Kyle, 2009) นอกจากนี้ท่าคลอดที่มี ความยืดหยุ่นของกระดูก ก้นกบบางท่า เช่น ท่า คุกเข่า (Kneeling) ทำนั่งยอง (Squatting) ซึ่งเป็นท่าคลอดที่ศีรษะและ ลำตัวตั้ง (Upright position) ยังเป็นท่าที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายมากขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเบ่งคลอดแบบธรรมชาติช่วยลดการบาดเจ็บของฝีเย็บได้</li> </ul> <p>เนื่องจากการเบ่งคลอด</p>

ครั้งที่/เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>ท่าคลาน</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>ท่านอนตะแคง</p> </div> </div>			<p>แบบธรรมชาติเป็นการเบ่งที่ไม่รุนแรง และการเบ่งในแต่ละครั้งไม่นานมากนักทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ฝึกชวยทำให้เนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดเกิดการฝึกขนาดได้น้อยลง</p>

ครั้งที่/เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
ครั้งที่ 2 ของ การทดลอง (ปากมดลูก เปิด 10 เซ็นติเมตร) ระยะที่ 1 (Passive second stage)	วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้คลอดนำ ความรู้ไปใช้ในการ ปฏิบัติในระยะเบ่งคลอด ได้	3. ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับกาจัดท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่น ของกระดูกสันอก และวิธีเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ	10 นาที	-	- การฝึกปฏิบัติจะช่วยให้ ผู้คลอดเกิดความมั่นใจที่ จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้
ครั้งที่ 2 ของ การทดลอง (ปากมดลูก เปิด 10 เซ็นติเมตร) ระยะที่ 2 (Active second stage)	วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้คลอดมีความ เข้าใจและสามารถ ปฏิบัติตนเกี่ยวกับการ เบ่งคลอดแบบธรรมชาติ และการจัดท่าที่มีความ ยืดหยุ่นของกระดูกสัน อกได้	4. ผู้วิจัยจัดท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่น ของกระดูกสัน อกได้แก่ ท่าคุกเข่า ท่าคลาน ท่านั่งยอง และท่านอนตะแคง ตามที่ผู้คลอด ต้องการ พร้อมทั้งให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ	ระยะ เวลา การ เบ่ง คลอด	-	

ครั้งที่/เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	<p>เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายและมีกำลังใจในระยะคลอด</p> <p>เพื่อลดการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ</p>	<p>5. ผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาแบ่งคลอด ดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย เช่น นำผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าให้ผู้คลอด พูดให้กำลังใจ และพูดคุยชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง</p> <p>6. ผู้วิจัยทำคลอดศีรษะถึงลำตัว 2 ชั้นตอน โดยหลังจากที่ผู้คลอดเบ่งคลอดจนศีรษะโผล่ออกมาที่ปากช่องคลอดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดเท่าไข่ไก่ (ประมาณ 4-5 เซนติเมตร) ผู้วิจัยจะพิจารณาว่าตีฝีเย็บหรือไม่ และป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ (Safe perineum) พร้อมทั้งพยายามให้ศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาในช่วงท้ายของการหดรัดตัวของมดลูก (ชั้นตอนที่ 1) จากนั้นเมื่อศีรษะทารกมี Restitution (การหมุนกลับของศีรษะ 45 องศา) ผู้วิจัยช่วยทำ</p>	<p>ตลอดระยะเวลาการเบ่งคลอด</p>	-	<p>- การสนับสนุนในระยะคลอด ช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลและเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นในการคลอด</p> <p>- การดูแลทางด้านร่างกายจิตใจ ทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายมากขึ้น</p> <p>- ฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยายทำให้เนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดเกิดการฉีกขาดได้น้อยลง</p> <p>- วิธีการทำคลอด Two step head to body delivery โดยให้ศีรษะ</p>

ครั้งที่/เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
		<p>กิจกรรม</p> <p>External rotation (หมุนศีรษะภายนอกอีก 45 องศา) เซ็ดตา ดูดเมือกในปากและจุมูก และตรวจสายสะดือพันคอแล้ว เมื่อมดลูกมีการหดตัวครั้งต่อไป ผู้วิจัยช่วยทำคลอดไหล่และลำตัวทารกออกมา (ขั้นตอนที่ 2)</p>			<p>ค่อยๆคลอดเองในช่วงท้ายของการหดตัวและทำคลอดไหล่และลำตัวเมื่อมดลูกหดตัวครั้งต่อไป (Eddqvist et al., 2016)</p>



### ท่าคลอดที่มีความยืดหยุ่นของกระดูกก้นกบ

1. ท่าคุกเข่า (Kneeling) คือท่าที่ผู้คลอดใช้เข่าทั้งสองข้างยันกับพื้น ซึ่งท่านี้ทำให้ปลายของกระดูกก้นกบสามารถขยับได้อย่างอิสระ เพิ่มความกว้างของช่องเชิงกราน



ภาพที่ 7 ท่าคุกเข่า (Kneeling)

2. ท่าคลาน (Hands-and-knees) การที่มีมารดาอยู่ในท่า all four or hands and knee position จะช่วยลดอาการปวดหลังในกรณีที่ทารกอยู่ในท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลังมารดา (Occipito posterior position) และอาจช่วยให้ศีรษะทารกเกิดการหมุนเป็นท่าท้ายทอยอยู่ด้านหน้าของเชิงกรานมารดาได้ ใช้ท่านี้ในการช่วยท่าคลอดในรายที่คลอดติดไหล่ การคลอดในท่านี้จะช่วยให้ออกง่ายขึ้น



ภาพที่ 8 ท่าคลาน (Hands-and-knees)

3. ท่านั่งยอง (Squatting) เป็นท่าที่ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตั้ง ทำมุมกับพื้นราบ 60-90 องศา โดยนั่งแยกขาออกจากกันประมาณช่วงไหล่ (เท้าห่างกันประมาณ 35-40 เซนติเมตร) ก้นลอยเหนือพื้น ใช้น้ำหนักตัวบนฝ่าเท้าทั้งสองข้าง เป็นท่าหนึ่งในท่าโยคะอาสนะที่นำมาใช้ในการบริหารร่างกายในหญิงตั้งครรภ์เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหูรูดและกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานแข็งแรงทำให้คลอดง่าย ข้อดีของท่านี้คือ แนวแกนร่างกายของมดดาและทารกอยู่ในแนวเดียวกัน และอยู่ในแนวแรงโน้มถ่วงของโลก จึงช่วยเพิ่มแรงดันภายในมดลูกขณะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ขนาดของช่องเชิงกรานเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 28 โดยเส้นผ่านศูนย์กลางแนวขวางเพิ่มขึ้นประมาณ 1 เซนติเมตร และเส้นผ่านศูนย์กลางหน้า-หลังเพิ่มขึ้น 0.5-2 เซนติเมตร (Ricci & Kyle, 2009)

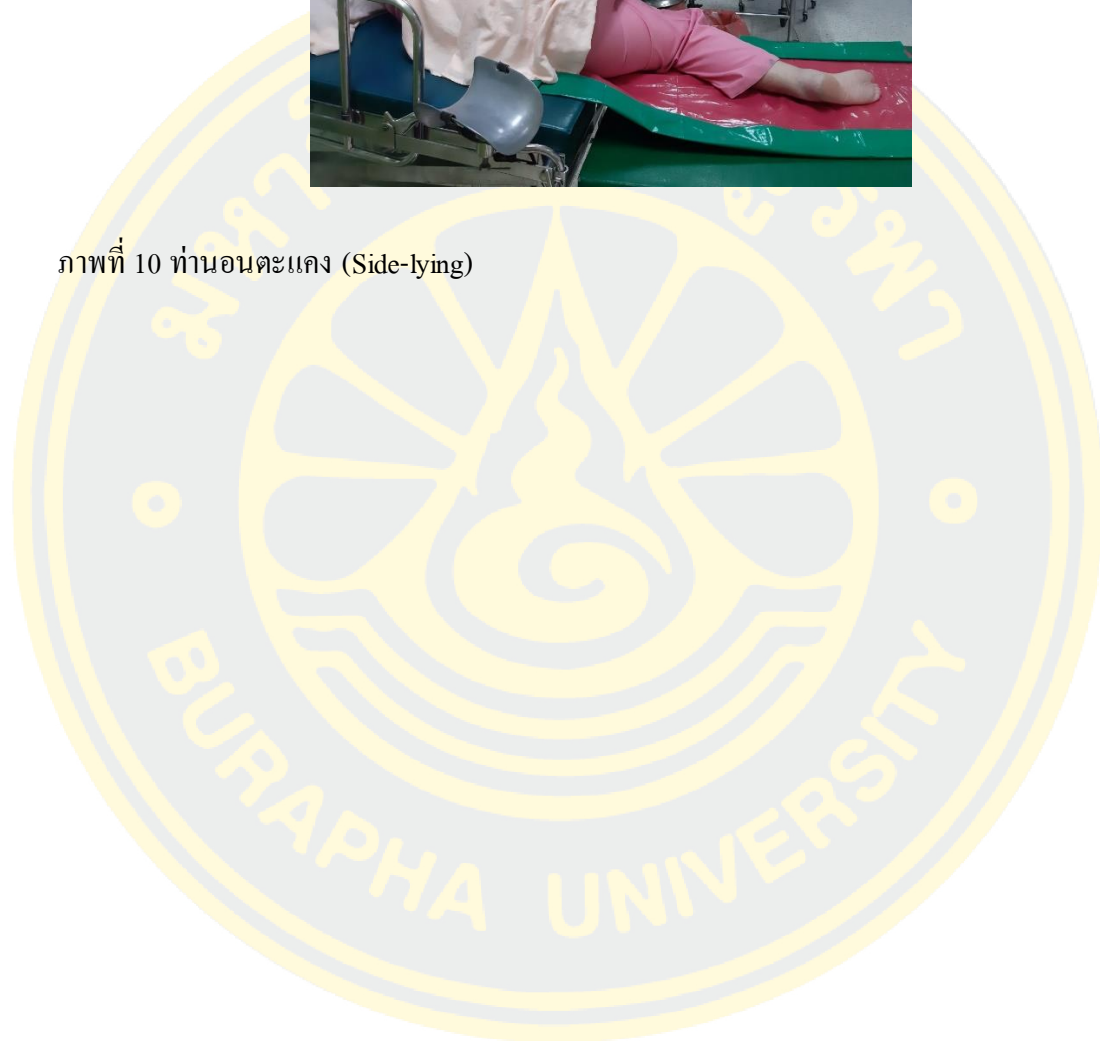


ภาพที่ 9 ท่านั่งยอง (Squatting)

4. ท่าอนตะแคง (Side-lying) ท่าอนตะแคงขาข้างเหยียดตรง ขาบนยกสูงไปทางด้านหน้าวางบนขาข้างในท่าขบนิ้ว ท่านี้จะทำให้หน้าผากของทารกชนกับกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ช่วยให้ทารกมีศีรษะเพิ่มขึ้น และหมุนท้ายทอย ไหล่ และลำตัวไปทางด้านหน้าเชิงกรานของมดดา และระดับส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมากกว่าระดับ 0 (Desbriere et al., 2013)



ภาพที่ 10 ท่านอนตะแคง (Side-lying)





### แบบสอบถาม

- เรื่อง ผลโปรแกรมการจัดการทางการผดุงครรภ์ในระยะคลอด ต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด  
ระดับการนิกาชของฝีเย็บ และความสุขสบายในผู้คลอดครรภ์แรก  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย มี 3 ส่วน ดังนี้
- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ
  - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางสูติศาสตร์ จำนวน 10 ข้อ
  - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสุขสบายต่อการคลอด จำนวน 14 ข้อ

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง

#### 1. กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มทดลอง       2. กลุ่มควบคุม

#### 2. อายุ.....ปี

#### 3. สถานภาพสมรส

1. คู่       2. หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่

#### 4. ศาสนา

1. พุทธ       2. อิสลาม  
 3. คริสต์       4. อื่น ๆ ระบุ.....

#### 5. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้ศึกษา       2. ประถมศึกษา  
 3. มัธยมตอนต้น       4. มัธยมตอนปลาย/ ปวช.  
 5. ปวส./ อนุปริญญา       6.ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

#### 6. อาชีพ

1. แม่บ้าน       2. เกษตรกร  
 3. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว       4. รับจ้าง  
 5. พนักงานบริษัท       6. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  
 7. อื่น ๆ ระบุ.....

#### 7. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน

Inc

#### 8. น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

BMI ก่อนการตั้งครรภ์.....kg/m<sup>2</sup>

#### 9. น้ำหนักปัจจุบัน.....กิโลกรัม

WE

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์.....กิโลกรัม

WG

สำหรับผู้วิจัย

Gr

Age

Sta

Reg

Ed

Oc

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางสูติศาสตร์

- |   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| 1. อายุครรภ์.....สัปดาห์  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | GA              |
| 2. ระดับยอดมดลูก.....เซนติเมตร  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | HF              |
| 3. รับไว้วันที่ ..... เวลา.....   |   |                 |
| การเปิดของปากมดลูกระยะแรกรับ.....   | <input type="checkbox"/>  | Cx              |
| 4. เริ่มเจ็บครรภ์จริงเวลา .....   |   | สำหรับผู้วิจัย  |
| ปากมดลูกเปิดหมดเวลา .....รวมระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด.....                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 1 <sup>st</sup> |
| ทารกคลอดเวลา.....รวมระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด.....                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 2 <sup>nd</sup> |
| รกคลอดเวลา.....รวมระยะเวลาที่ 3 ของการคลอด.....                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 3 <sup>rd</sup> |
| ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด                                     |   |                 |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี   | <input type="checkbox"/>  | Com             |
| <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ.....                                      |   |                 |
| 5. การดูแลรักษาระยะเฝ้าคลอด   |   |                 |
| <input type="checkbox"/> 1. ยาบรเทาปวด .....วันที่.....เวลา .....             | <input type="checkbox"/>  | Med             |
| <input type="checkbox"/> 2. ยาเร่งคลอด .....วันที่.....เวลา .....             | <input type="checkbox"/>  | Oxy             |
| 6. ท่าที่ใช้ในการเบ่งคลอด   |   |                 |
| <input type="checkbox"/> 1. ท่าคุกเข่า (Kneeling) ระยะเวลาที่ใช้.....นาที     | <input type="checkbox"/>  | Pos             |
| <input type="checkbox"/> 2. ท่านั่งยอง (Squatting) ระยะเวลาที่ใช้.....นาที    |   |                 |
| <input type="checkbox"/> 3. ท่าคลาน (Hands-and-knees) ระยะเวลาที่ใช้.....นาที |   |                 |
| <input type="checkbox"/> 4. ท่านอนตะแคง (Side-lying) ระยะเวลาที่ใช้.....      |   |                 |
| นาที  |   |                 |
| <input type="checkbox"/> 5. ท่านอนหงายชันเข่า.....                            |   |                 |
| 7. การตัดฝีเย็บ   | <input type="checkbox"/>  | Epi             |
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ตัดฝีเย็บ                                      | <input type="checkbox"/> 2. ตัดฝีเย็บ   |                 |
|   | ( ) Median  |                 |
|   | ( ) Rt/ Lt Mediolateral   |                 |
| 8. น้ำหนักทารกแรกเกิด.....กรัม  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | BW              |
| 9. Apgar score ที่ 1 นาที.....คะแนน   | <input type="checkbox"/>  | AS 1            |
| Apgar score ที่ 5 นาที.....คะแนน  | <input type="checkbox"/>  | AS 5            |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางสูติศาสตร์ (ต่อ)

10. การฉีกขาดของฝีเย็บ

ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ	ไม่ตัดฝีเย็บ	ตัดฝีเย็บ	สำหรับผู้วิจัย <input type="checkbox"/> Tear
<input type="checkbox"/> 1. No Tear (ไม่มีการฉีกขาด)			
<input type="checkbox"/> 2. First degree tear (ฉีกขาดชั้นผิวหนัง และชั้นใต้ผิวหนัง)			
<input type="checkbox"/> 3. Second degree tear (ฉีกขาดถึงบริเวณกล้ามเนื้อของฝีเย็บ)			
<input type="checkbox"/> 4. Third degree tear (ฉีกขาดถึงบริเวณหูรูดทวารหนัก)			
<input type="checkbox"/> 5. Fourth degree tear (ฉีกขาดถึงชั้นกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านใน จนถึงเยื่อทวารหนัก)			

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสุสบายในระยะคลอด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามระดับผลการประเมินความคิดเห็นของท่าน

กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับ 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง			เห็นด้วย อย่างยิ่ง		สำหรับ ผู้วิจัย
	1	2	3	4	5	
1. ฉันมีความเป็นส่วนตัวเพียงพอ						C1 (+)
2. มั่นยากที่จะอดทนต่อความเจ็บปวดในการคลอด						C2 (-)
3.....						C3 (+)
4.....						C4 (-)
5.....						C5 (+)
6.....						C6 (-)
7.....						C7 (+)
8.....						C8 (+)
9.....						C9 (-)
10.....						C10 (+)
11.....						C11 (+)
12.....						C12 (-)
13.....						C13 (-)
14. ฉันรู้สึกดีขึ้นที่ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าของการคลอด						C14 (+)





ภาคผนวก  
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

### ผลการทดลองข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ Independent *t*-test

ตารางที่ 9 การทดสอบการแจกแจงปกติของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และค่าเฉลี่ยความสุขสบายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ One-sample kolmogorov-sminov test

กลุ่ม	n	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด		ค่าเฉลี่ยความสุขสบาย	
		kolmogorov-sminov	p-value	kolmogorov-sminov	p-value
ทดลอง	25	.12	.20	.12	.20
ควบคุม	25	.14	.07	.12	.20

ตารางที่ 10 การทดสอบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และค่าเฉลี่ยความสุขสบายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Levene's test

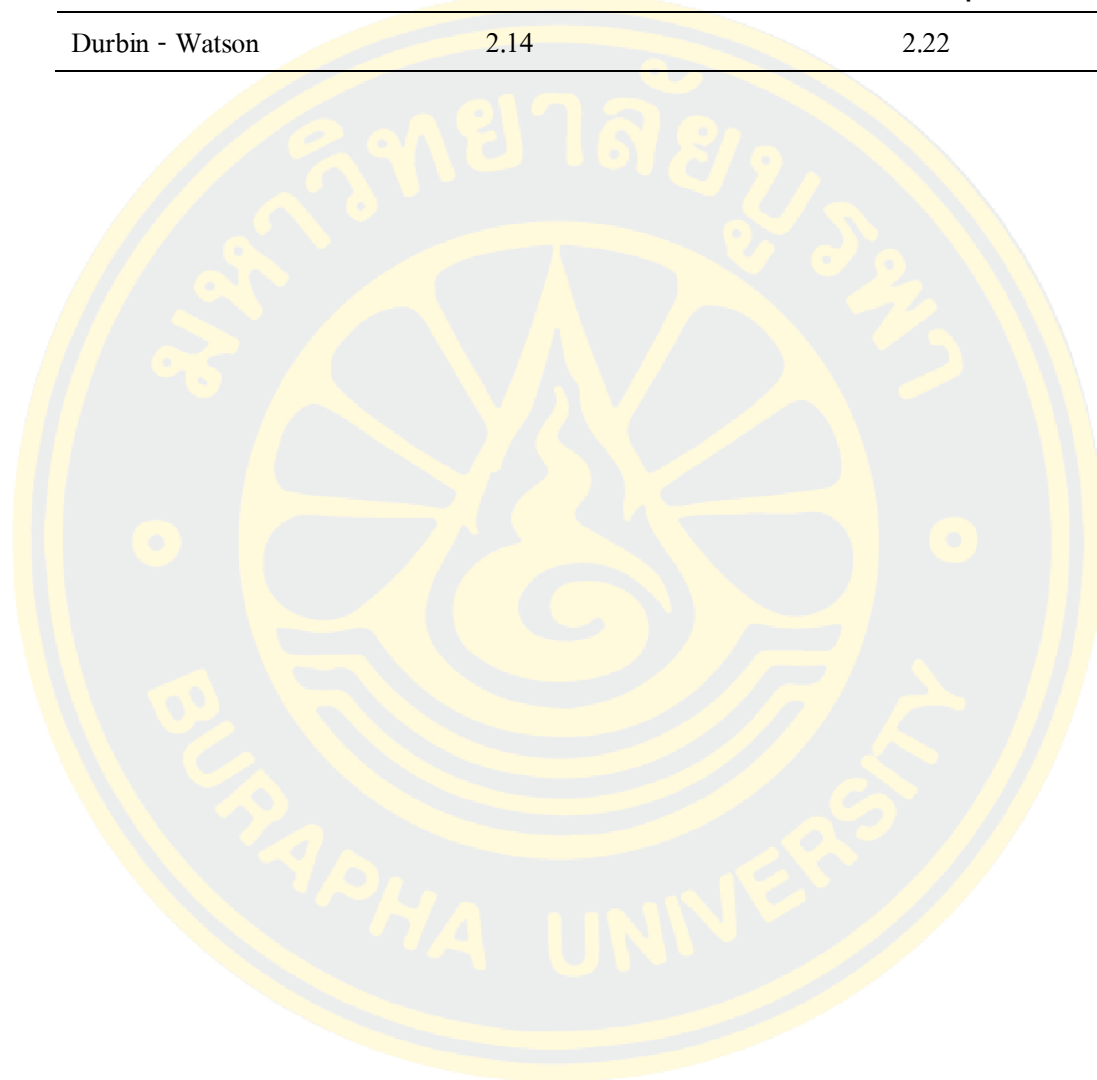
กลุ่ม	n	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด		ค่าเฉลี่ยความสุขสบาย	
		Levene's test	p-value	Levene's test	p-value
ทดลอง	25	5.45	.02	.03	.90
ควบคุม	25	.18	.07	2.16	.84

ตารางที่ 11 การทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่ม ของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และค่าเฉลี่ยความสุขสบายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Run test

กลุ่ม	n	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด		ค่าเฉลี่ยความสุขสบาย	
		Runs test	p-value	Runs test	p-value
ทดลอง	25	2.11	.06	3.21	.08
ควบคุม	25	2.86	.08	2.16	.09

ตารางที่ 12 การทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน ของค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด  
และค่าเฉลี่ยความสุขสบายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Durbin-Watson

สถิติ	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด	ค่าเฉลี่ยความสุขสบาย
Durbin - Watson	2.14	2.22





ภาคผนวก จ  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์ดำรงส      ลิมทองนพคุณ      สูติแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวช  
โรงพยาบาลนครปฐม
2. รองศาสตราจารย์พริษา      ศุภลี      อาจารย์ประจำ  
ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. นางสาวปณัชน์จุฑา      ขุนบุญยัง      อาจารย์ประจำ  
ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
4. นางลักขณา      บัวสมบูรณ์      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม
5. นางสาวจุฑารัตน์      เกิดเจริญ      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลพุทธโสธร  
จังหวัดฉะเชิงเทรา

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวทิวา ศรีสัน	
วัน เดือน ปี เกิด	25 เมษายน พ.ศ. 2531	
สถานที่เกิด	จังหวัดนครปฐม	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	99 หมู่ 7 ตำบลทุ่งบัว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม 73140	
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2553-2559	พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม
	พ.ศ. 2559-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2553	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
	พ.ศ. 2565	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยบูรพา