

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในปัจจุบันมีอัตราสูงขึ้นทั่วโลกและกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบผู้คลอดที่มีอายุน้อยกว่า 15-19 ปี จำนวน 16 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดทั้งหมดทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2008) สำหรับประเทศไทย ผู้คลอดที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 พบร้อยละ 17.49 และมีอัตราเพิ่มขึ้นโดย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 พบร้อยละ 18.48 ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งมีอัตราสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีผู้คลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10 (รายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว, 2553) การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมทำให้มีความเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด และเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 13 ของมารดาทั้งหมดทั่วโลก โดยผู้คลอดวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีอัตราการเจ็บป่วยและการตายจากการคลอดมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (WHO, 2006) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนส่งผลให้มาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์จึงทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้และการเตรียมตัวสำหรับการคลอด (อุดมเชาวรินทร์, 2551) ซึ่งความไม่พร้อมต่อการคลอดส่งผลให้ผู้คลอดวัยรุ่นเผชิญและตอบสนองต่อการคลอดในลักษณะที่ไม่เหมาะสม มีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอดซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงบุตรต่อไป ดังนั้น ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกจึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลเพื่อลดผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมให้เหลือน้อยที่สุด

วัยรุ่นในระยะคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ถึงแม้ว่าการคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่สำหรับผู้คลอดวัยรุ่นจัดว่าเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะ (maturation crisis) เพราะเป็นวัยที่ยังไม่บรรลุวุฒิภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Sauls, 2010) และเป็นภาวะวิกฤติตามสถานการณ์ (situation crisis) เพราะการคลอดเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมาน (Lowdermilk & Perry, 2006; Pillitteri, 2007) ผู้คลอดวัยรุ่นที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในการตั้งครรภ์และการคลอดแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ไม่มากนัก (Montgomery, 2003; WHO, 2004a)

สภาวะด้านร่างกายของผู้คลอดด้วยรูนอาจมีความยืดหยุ่นของร่างกายได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ และเมื่อเข้าสู่ระยะเบ่งก็อาจมีแรงเบ่งมากกว่า อย่างไรก็ตามผู้คลอดด้วยรูนยังคงมีความเสี่ยงต่อภาวะผิวด้านของศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานมากกว่าวัยผู้ใหญ่เนื่องจากการเจริญเติบโตของร่างกายยังไม่เต็มที่ (Montgomery, 2003) นอกจากนี้ผู้คลอดด้วยรูนมักจะมีความทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดน้อย (Low, Martin, Sampsel, Guthrie, & Oakley, 2003; Montgomery, 2003; Sauls, 2010) มีความสามารถในการควบคุมตนเองและการเผชิญต่อเหตุการณ์ในระยะคลอดได้น้อย (Montgomery, 2003; WHO, 2004a) ไม่รู้จักวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดและมีความต้องการยาบรรเทาปวดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Leifer, 2008; Montgomery, 2003) โดยเฉพาะผู้คลอดด้วยรูนครรภ์แรกซึ่งมักจะขาดประสบการณ์ ขาดทักษะการเผชิญการคลอด ขาดการเตรียมความพร้อมในการคลอด และสำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้คลอดด้วยรูนจะแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่มาก (Sauls, 2010) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดด้วยรูนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น (Fox, Halpern, Ryan, & Lowe, 2010) และหากไม่มีความพร้อมในการคลอดจะเกิดความรู้สึกตื่นตระหนก รู้สึกไม่แน่นอนต่อเหตุการณ์ เกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อการคลอด มีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดในลักษณะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจร้องไห้ออกมา ทบตันเอง (Klossner, 2006) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดของผู้คลอดด้วยรูนเป็นสิ่งที่ควรได้รับการใส่ใจและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้ผ่านวิกฤติจากการคลอดไปได้ด้วยดี (Montgomery, 2003; Sauls, 2010)

การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคลอด สิ่งสำคัญที่มีผลต่อความรู้สึกของผู้คลอดมากที่สุดคือความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดจากการคลอดนับเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลและมีความซับซ้อน (Lowe, 2002; Wee, 2005) ความเจ็บปวดในการคลอดเกิดจากการหดตัวของมดลูก การเปิดและยืดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารกในครรภ์ผ่านช่องทางคลอด (Charlton, 2005; Lowe, 2002) ซึ่งความเจ็บปวดจากการคลอดจะเกิดขึ้นต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดการคลอด โดยความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดเริ่มจากการเจ็บครรภ์จริง ระดับความเจ็บปวดจะเปลี่ยนแปลงไปตามความแรงของการหดตัวของมดลูกและความก้าวหน้าของการคลอด (Gross, Hecker, & Keirse, 2005) ในระยะปากมดลูกเปิดข้ามมดลูกจะมีการหดตัวที่มีความแรงและความถี่ไม่มากนัก ผู้คลอดมีความเจ็บปวดเล็กน้อยและสามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ (Davidson, London, & Ladewig, 2008; Orashan, 2008) สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ และเรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายได้ดี (Orashan, 2008) ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มดลูกจะมีการหดตัวแรงถี่และนานขึ้น ผู้คลอดจึงรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น เริ่มสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง มีอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการทนต่อความเจ็บปวดลดลง และต้องการความช่วยเหลือ

มากขึ้น (Cunningham, et al., 2005; Davidson et al., 2008) และในระยะเปลี่ยนผ่าน มดลูกจะหดตัวถี่ นาน และรุนแรงยิ่งขึ้น ผู้คลอดจึงมีความเจ็บปวดและความตึงเครียดสูงสุด มีอาการทรมานทรมานและเหนื่อยล้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นลดลง อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวและเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม (Lowdermilk & Perry, 2006) ผู้คลอดต้องการการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างมากเพื่อให้สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ (Davidson et al., 2008)

ความเจ็บปวดในระยะที่สองของการคลอดเป็นความรู้สึกเจ็บปวดจากแรงดันของศีรษะทารกที่เคลื่อนต่ำลงมาในช่องเชิงกรานและกดทับที่ช่องทางคลอดจึงเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดทำให้เกิดความปวดมากยิ่งขึ้น ผู้คลอดจะพยายามเบ่งเอาทารกออกมา (Lowe, 2002; Charlton, 2005) ความเจ็บปวดในระยะที่สามของการคลอด เกิดจากการหดตัวของมดลูก กิจกรรมในการทำคลอดรกและการเคลื่อนผ่านของรกออกมาทางช่องคลอด ซึ่งระยะคลอดรกจะสิ้นสุดลงในเวลาอันสั้น (Davidson et al., 2008) และความเจ็บปวดในระยะที่สี่ของการคลอดเป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกที่เกิดหลังจากการคลอดผ่านไปแล้วซึ่งไม่รุนแรงและอาจปวดแผลฝีเย็บได้ในกรณีที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ แต่ความเจ็บปวดจะค่อย ๆ ลดลงและร่างกายจะพักผ่อนกลับเข้าสู่ภาวะปกติในระยะหลังคลอดต่อไป (Lowdermilk & Perry, 2006)

การรับรู้ความเจ็บปวดจากการคลอดนับเป็นประสบการณ์ความเจ็บปวดที่มีหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (Lowdermilk & Perry, 2006; Niven & Murphy-Black, 2000) ผู้คลอดมากกว่าร้อยละ 90 รับรู้ว่าความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงที่สุดเท่าที่เคยประสบมาและเป็นความเจ็บปวดที่ไม่สามารถทนได้ (Charlton, 2005) สำหรับผู้คลอดวัยรุ่นส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าความเจ็บปวดในการคลอดเป็นประสบการณ์การคลอดทางลบ (Sauls, 2010; WHO, 2004a) โดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะที่สองของการคลอดผู้คลอดวัยรุ่นจะมีความรู้สึกเจ็บปวดที่รุนแรงมาก (Sittner, Hudson, Grossman, & Gaston-Johansson, 1998) และหากผู้คลอดมีการเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดด้วยความยากลำบากจะยังมีการจดจำประสบการณ์ความเจ็บปวดเป็นเวลานาน (Niven & Murphy-Black, 2000) การรับรู้ความเจ็บปวดในการคลอดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก การได้รับยาเร่งคลอด ลำดับของการคลอด ท่าของผู้คลอด ขนาดของทารกและท่าของทารก (Lowe, 2002) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล (Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006) การเตรียมคลอด (ศิริพร พงษ์โกศา, 2549; Wee, 2005) และการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2009) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด (Charlton, 2005) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บรรยากาศ

ในห้องคลอด บุคลากรที่ให้การดูแล และสิ่งอำนวยความสะดวกล้วนมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอด (Lowdermilk & Perry, 2006)

ผู้คลอดที่มีการรับรู้ความเจ็บปวดที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความเจ็บปวดจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติส่งผลให้เกิดการหายใจเร็วกว่าปกติซึ่งเป็นเหตุให้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติและเกิดภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) (Charlton, 2005; Lowe, 2002) อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Ndala, 2005) หัวใจทำงานหนักขึ้น (Charlton, 2005) นอกจากนี้การหลั่ง catecholamine ที่เพิ่มขึ้นมีผลไปกระตุ้นประสาท sympathetic ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวรุนแรงแต่ไม่มีประสิทธิภาพจึงเกิดความเจ็บปวดที่รุนแรงและการคลอดยาวนาน (Ndala, 2005) รวมถึงเลือดไปมดลูกน้อยลงทารกจึงเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน (Cunningham et al., 2005) สำหรับการตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้านจิตใจ ความเจ็บปวดที่รุนแรงส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวต่อการคลอด ซึ่งความกลัวจะทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์แล้วจะกระตุ้นให้มีระดับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและความตึงเครียดกลายเป็นวงจรของกลุ่มอาการ ความกลัว - ความตึงเครียด - ความเจ็บปวด (fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read, 2004) และความรู้สึกเจ็บปวดที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ทำให้ผู้คลอดมีทัศนคติและประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี กลัวการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งต่อไป (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004) และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะยาวได้ (Charlton, 2005)

ประสบการณ์การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิตของผู้หญิงส่วนใหญ่ เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทเข้าสู่การเป็นมารดา (Waldenstrom et al., 2004) ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นและการแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด (Marut & Mercer, 1979) ประสบการณ์การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลและมีความซับซ้อน (Larkin, Begley, & Devane, 2009) ซึ่งมีผลกระทบด้านจิตใจและความรู้สึกต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอดเป็นระยะเวลานาน โดยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีทั้งทางบวกและทางลบ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก คือ ผู้คลอดรับรู้หรือรู้สึว่าการคลอดเป็นกระบวนการปกติตามธรรมชาติที่มีความหมายและมีคุณค่าสำหรับตนเอง เกิดความรู้สึกดีใจ ยินดี มีความสุข และมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Hodnett et al., 2009) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ คือ ผู้คลอดรับรู้หรือรู้สึว่าการคลอดเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ทุกข์ทรมาน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รู้สึกผิดและรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008) รู้สึกไม่แน่ใจในความสามารถในการคลอดบุตร

(Nilsson & Lundgren, 2009) และไม่พึงพอใจต่อการคลอดของตนเอง (Marut & Mercer, 1979) ผู้คลอดวัยรุ่นส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าการคลอดเป็นความน่ากลัว (frightful) และเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวด (painful experience) นำไปสู่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบและอาจเป็นความรู้สึกที่ติดค้างอยู่ในใจไปตลอด (Sauls, 2010) โดยเฉพาะผู้คลอดวัยรุ่นที่คลอดเป็นครั้งแรกมักมีประสบการณ์การคลอดทางลบมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (Waldenstrom et al., 2004) และประสบการณ์การคลอดทางลบส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ภาวะสุขภาพจิตของมารดา บทบาทการเป็นมารดาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Sauls, 2004) รวมทั้งส่งผลต่อความกลัวและความตั้งใจในการมีบุตรคนต่อไปได้ (Waldenstrom et al., 2004) โดยปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ คือ อายุน้อย (Low et al., 2003) ความรู้สึกเจ็บปวด การควบคุมตนเองไม่ได้ ระยะเวลาการคลอดยาวนาน การใช้สุติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (Waldenstrom et al., 2004) และการขาดการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด (Sauls, 2010) การให้การดูแลในระยะคลอดที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสมนับว่าเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะเป็นการช่วยให้การคลอดผ่านไปด้วยดีและผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดในทางบวกตามมา

ผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอดมีความต้องการการสนับสนุนและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลที่สามารถให้ความใกล้ชิดได้อย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Montgomery, 2003; Sauls, 2006) โดยเฉพาะการบรรเทาความเจ็บปวดและความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความสุขสบาย (Sauls, 2006, 2010) ต้องการการสนับสนุนโดยเฉพาะด้านจิตใจและอารมณ์ (Treffers, Olukoya, Ferguson, & Liljestrand, 2001; Sauls, 2006) ต้องการการดูแลเป็นรายบุคคล (ลักษณะ สุวะจันทร์, 2551; Sauls, 2010) ต้องการให้ผู้ดูแลคอยเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดให้การดูแลต่อเนื่องไปตลอดระยะคลอดและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล (Low et al., 2003) นอกจากนี้ผู้คลอดวัยรุ่นยังต้องการการยอมรับความเป็นบุคคล การเคารพในสิทธิ การยกย่องให้เกียรติ การรับฟังและไม่ตัดสินกล่าวโทษ (Sauls, 2004) รวมทั้งการได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการคลอด ข้อมูลที่เป็นทางเลือกและมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกเอง (Low et al., 2003) ต้องการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า รวมถึงการดูแลที่เป็นการปฏิบัติเป็นประจำของเจ้าหน้าที่ (Montgomery, 2003; Sauls, 2010) สำหรับสิ่งที่ผู้คลอดวัยรุ่นรู้สึกไม่พึงพอใจจากการดูแลในระยะคลอด คือ การพยาบาลที่รีบเร่ง การตัดสินใจแทน การกล่าวตำหนิหรือการสรุปเอาว่าผู้คลอดวัยรุ่นเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้อะไรเลย และการให้การดูแลที่แตกต่างกันหรือไม่เท่าเทียมกัน (Sauls, 2010) ในกระบวนการคลอดของวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงและมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตสังคมเป็นพิเศษ (Low et al., 2003) ดังนั้นผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกซึ่งเป็นวัยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษมากกว่าวัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มที่ควร

ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาของการคลอด (Montgomery, 2003; Sauls, 2010) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ในระยะคลอด การสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้คลอดเผชิญสถานการณ์ระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดได้ดี (Logsdon & Davis, 2003; Waldenstrom et al., 2004) การวิจัยเกี่ยวกับการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการดูแลผู้คลอดมีมากมาย การศึกษาของ ฮอดเนตท์ (Hodnett, 2000) และมิลท์เนอร์ (Miltner, 2000) นำการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน มาใช้ในการดูแลผู้คลอดคือด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านการบริการ ส่วนการศึกษาของเอดามส์ และเบนชี (Adams & Bianchi, 2008) ได้นำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการคลอด 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและด้านการพิทักษ์สิทธิ์ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของฮอดเนตท์และคณะ (Hodnett et al., 2009) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดจาก 16 งานวิจัย ผู้คลอดจำนวน 13,391 ราย ที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลผดุงครรภ์ บุคคลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรม พบว่า ส่งผลให้ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง ลดการใช้ยาระงับปวด สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เองเพิ่มขึ้น ลดการผ่าตัดคลอด คะแนน Apgar ของทารกนาที่ 1 และ 5 ดีกว่า และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุน นอกจากนี้การเริ่มให้การสนับสนุนตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บครรภ์คลอดและให้ต่อเนื่องจนสิ้นสุดการคลอด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ (Hodnett et al., 2002; Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2007; Hodnett et al., 2009) ส่งผลดีต่อการพัฒนาสัมพันธภาพของมารดากับทารก (Sauls, 2004) ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะแรกหลังคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้นานขึ้น (Scott, Klaus, & Klaus, 1999) ส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Sauls, 2010; Scott et al., 1999) และประสบความสำเร็จในการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา (Sauls, 2004, 2010)

การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดเป็นแนวทางสำคัญที่จะให้ผลย้อนกลับทางบวก และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการคลอด (Bunting & McAuley, 2004; Yuenyong, Jirapaet, & O'Brien, 2008) การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด หมายถึง การอยู่ด้วยกับผู้คลอด (being with) และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดโดยตอบสนองความต้องการของผู้คลอดอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Hunter, 2002) สำหรับการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ คอยน์และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) มาใช้ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดนั้นจะเป็นการสนับสนุนที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอดเพราะการคลอดเป็นภาวะหรือสถานการณ์ที่ส่งผล

กระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความรู้สึก (Callister, 1993) ซึ่งการศึกษาผลของการให้การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านการบริการตามแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) พบว่า ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารก ผู้คลอดรู้สึกมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เผชิญความเจ็บปวดและเหตุการณ์ในระยะคลอดได้เหมาะสมและพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ (Bryanton, Fraser-Davey, & Sullivan, 1994; Corbett & Callister, 2000)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการบริการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอดได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนด้านข้อมูล คือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติในแต่ละระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อทำให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รู้วิธีปฏิบัติในการบรรเทาความเจ็บปวด สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บปวดส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองได้ (Perry, 2006) การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การพูดคุยให้กำลังใจร่วมกับการสัมผัส จะทำให้ผู้คลอดมีความรู้สึกที่ดี เกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่า เกิดความอบอุ่นใจ รู้สึกสุขสบาย และเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล เกิดความไว้วางใจผู้ดูแล (จิรารัตน์ คำบุญ, 2551; Bowers, 2002) ซึ่งการสัมผัสเป็นกิจกรรมการดูแลที่สำคัญและมีคุณค่าในระยะคลอด (Simkin, 1991) การสนับสนุนด้านนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะคลอดโดยเฉพาะความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (Bowers, 2002) สำหรับการสนับสนุนด้านการบริการ คือ การดูแลความสุขสบายด้านร่างกายตามความต้องการของผู้คลอด ได้แก่ การเปลี่ยนท่าทาง การดูแลความสะอาดร่างกาย อาหารและน้ำ การพักผ่อน และการจับถ่ายปีสสาวะ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกสุขสบายและผ่อนคลาย ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้ดี (Adams & Bianchi, 2008)

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดจำนวนมากแต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดและส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์จนถึงระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมง หลังคลอดต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกที่อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี

เพื่อสามารถดำเนินการศึกษาในการให้การดูแลได้ต่อเนื่องตลอดระยะของการคลอดเพราะผู้คลอดวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 15 ปีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินได้มาก (Montgomery, 2003; WHO, 2006) ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะส่งเสริมให้ผู้คลอดวัยรุ่นเผชิญการคลอดได้ดี มีการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง และมีประสบการณ์การคลอดในทางบวก และจะได้ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เปรียบเทียบการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกที่มาคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2554

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอดโดยผู้วิจัย ตามแผนการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลโดยการอธิบายและให้คำแนะนำ ได้แก่ กระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ ระยะเบ่งคลอด ระยะคลอดรกและระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอด และการ

ปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการหายใจแบบ slow chest breathing คือ การหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การใช้คำพูดให้กำลังใจและการสัมผัสเพื่อการดูแล และ

3) การสนับสนุนด้านการบริการโดยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนท่าทาง ความสะอาดร่างกาย อาหารและน้ำ การพักผ่อนและการขับถ่ายปัสสาวะ โดยผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนผู้คลอดด้วยรูนตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในความดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ความเจ็บปวดในการคลอด หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา ความรู้สึกไม่สบาย และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก ตั้งแต่ระยะปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numerical Rating Scale [NRS]) โดยเริ่มประเมินความเจ็บปวดตั้งแต่ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตรจนถึงปากมดลูกเปิดหมด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไปตามการคาดหวังและความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด ซึ่งประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ สุพิศ ฦ เชียงใหม่ (2533) ที่พัฒนาจากแนวคิดของมารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) ประเมินในช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

การดูแลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้คลอดด้วยรูนในระยะคลอด ตั้งแต่รับใหม่จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสุขภาพในห้องคลอด โดยเมื่อแรกเริ่มผู้คลอดจะได้รับการดูแลตามขั้นตอนการรับใหม่ ได้รับคำแนะนำและการดูแลทั่วไป เมื่อปากมดลูกเปิดประมาณ 5 เซนติเมตรผู้คลอดจะถูกย้ายเข้าห้องคลอดและได้รับการประเมินการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารกและความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ๆ ผู้คลอดจะได้รับการดูแล และการทำคลอดจนถึงการเตรียมย้ายเมื่อครบระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ผู้คลอดด้วยรูนครั้งแรก หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มีอายุ 15-19 ปีมาคลอดเป็นครั้งแรก และตั้งครรภ์ครบกำหนด (อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์) มารับบริการ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลปทุมธานี ด้วยอาการเจ็บครรภ์จริง มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอและมีการเปิดขยายของปากมดลูกไม่เกิน 3 เซนติเมตร