

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก
2. ความเจ็บปวดในการคลอด
3. การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด
4. การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่น

ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก

ปัจจุบันอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับประเทศทั่วโลก ส่วนใหญ่จะเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (WHO, 2004b) วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการตั้งครรภ์ การคลอดรวมถึงการเป็นบิดามารดาด้วย วัยรุ่นมักมีประสบการณ์ชีวิตและความสามารถในการแก้ปัญหาที่น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ (Montgomery, 2003) โดยเฉพาะในระยะคลอดซึ่งเป็นภาวะวิกฤติที่ผู้คลอดวัยรุ่นต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางอารมณ์อย่างมาก ทำให้ผู้คลอดวัยรุ่นต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นผู้คลอดวัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลและเอาใจใส่เพื่อให้ผ่านระยะคลอดไปได้โดยไม่มีผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์หรือน้อยที่สุด

ความหมายของผู้คลอดวัยรุ่น

วัยรุ่นตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ผู้ที่มีคุณลักษณะของการมีพัฒนาการทางร่างกายตั้งแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศไปจนกระทั่งมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ มีพัฒนาการทางด้านจิตใจจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยเปลี่ยนแปลงจากการพึ่งพาครอบครัวมาเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้

ของตนเอง (WHO, 1998) วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การรับรู้ และจริยธรรมศีลธรรมจากช่วงวัยเด็กเข้าสู่ช่วงวัยผู้ใหญ่ (Garrison & Felice, 2009) นับว่าเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กและเริ่มต้นเข้าสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งมีความแตกต่างในพฤติกรรมและการประสบความสำเร็จ (Ball & Bindler, 2003) องค์การอนามัยโลกกำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นอยู่ในช่วง 10-19 ปี (WHO, 2004b) แต่โดยส่วนใหญ่จะมีการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น (early adolescent) คือช่วงอายุตั้งแต่ 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescent) คือช่วงอายุตั้งแต่ 14-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescent) คือช่วงอายุตั้งแต่ 17-19 ปี (Garrison & Felice, 2009)

ผู้คลอดวัยรุ่นตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ผู้หญิงที่มีการคลอดเกิดขึ้นในช่วงอายุ 10-19 ปี โดยแบ่งอายุของผู้คลอดออกเป็น 2 ช่วง คือ ผู้คลอดที่มีอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ซึ่งพบว่ามียุทธการตั้งครรภ์และอัตราการคลอดมากที่สุดในช่วงอายุ 15-19 ปี (WHO, 2004a) โดยมีจำนวนของผู้คลอดวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมากถึง 16 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดทั้งหมดทั่วโลก (WHO, 2008)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี โดยเป็นการคลอดครั้งแรกและตั้งครรภ์ครบกำหนดคือมีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ที่มารับบริการด้วยอาการเจ็บครรภ์จริง มดลูกหดตัวสม่ำเสมอร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูกแต่เปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตรซึ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิดช้า ส่วนผู้คลอดวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติในการคลอดอย่างมากเนื่องจากการเจริญเติบโตของร่างกายยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ มักมีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน (cephalopelvic disproportion [CPD]) เป็นต้น (WHO, 2006) ซึ่งจะนำไปสู่การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่ได้อาสาผ่าคลอดหน้า โดยเฉพาะในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจสูง (Montgomery, 2003) ในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่เลือกศึกษาในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 15 ปี

ผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอด

ในระยะคลอดผู้คลอดวัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

สภาวะด้านร่างกาย

ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกที่อายุครรภ์ครบกำหนดคืออายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ และทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำและไม่มีความผิดปกติในการคลอด เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดพบว่าระยะเวลาของการคลอดโดยรวมไม่แตกต่างกันกับวัยผู้ใหญ่ หรืออาจจะมีระยะเวลาของช่วง

ปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) สั้นกว่า ขณะที่ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labor) จะเท่ากับผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (WHO, 2004a) ผู้คลอดวัยรุ่นมีประสบการณ์ชีวิตน้อย มีวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะคลอดได้น้อยกว่า โดยส่วนใหญ่จะมีความทนต่อความเจ็บปวดได้ไม่ดี ขาดทักษะในการเผชิญการคลอด ไม่รู้จักวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ การหายใจ การผ่อนคลาย หรือวิธีการลดปวดที่มีประสิทธิภาพอื่น ๆ (Leifer, 2008) ยิ่งผู้คลอดมีอายุน้อยจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากขึ้นโดยเฉพาะสาเหตุจากการผิวด้านของศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน (Ambadekar, Khandait, Zodpey, Kasturwar, & Vasudeo, 1999; Montgomery, 2003; Pavlova-Greenfield, Sutija, & Gudavalli, 2000) ผู้คลอดวัยรุ่นที่ไม่มีความพร้อมในการคลอดมักจะเผชิญกับเหตุการณ์ในระยะคลอดได้ไม่ดีและไม่เหมาะสม มีความเจ็บปวดในการคลอดรุนแรง มีความทนต่อความเจ็บปวดน้อย และตอบสนองต่อความเจ็บปวดออกมามากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ ควบคุมตนเองไม่ได้ ขาดสติ ไม่มีสมาธิ การมีจุดสนใจอยู่กับการหายใจหรือวิธีการผ่อนคลายเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดทำได้น้อย (Montgomery, 2003) แต่ในผู้คลอดวัยรุ่นที่ได้รับการเตรียมคลอดจะมีผลให้พฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีระดับความเจ็บปวดในการคลอดน้อยลงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด (จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ, 2550)

สถานะด้านจิตใจ

ผู้คลอดวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Sauls, 2010) โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีความพร้อมในการคลอดจะมีผลกระทบด้านจิตใจเป็นอย่างมากจากเหตุการณ์ในการคลอด ผู้คลอดวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และไม่พร้อมในการคลอดพบถึงร้อยละ 78 (Montgomery, 2003) อีกทั้งวัยรุ่นอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปีมักมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นความผิดพลาด กลายเป็นตราประทับในใจ คอยหลบหนีปัญหาที่ต้องเผชิญ บางรายถูกบิดาของทารกปฏิเสธความรับผิดชอบ ทำให้ไม่กล้าเปิดเผยหรือเข้ารับบริการในโรงพยาบาล (Fessler & Rackham, 2005) ผู้คลอดวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอดมักจะปรับสถานการณ์หรือเผชิญเหตุการณ์ในการคลอดได้ยากกว่าผู้ที่เคยได้รับการเตรียมคลอด (Wahn, Post, & Nissen, 2007) และส่งผลให้มีปัญหาในการเผชิญความเจ็บปวดและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในระยะคลอดเป็นอย่างมาก แต่ถ้าผู้คลอดวัยรุ่นได้รับการเตรียมคลอดจะเป็นการช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญการคลอดได้ดีขึ้น (Montgomery, 2003) มีความรู้ในการช่วยเหลือตนเองให้ผ่อนคลาย รู้สึกสุขสบายในการคลอดมากขึ้น (สมพิศ ดุยดี และชมพูนุช โสภจรรย์, 2551) ส่งผลให้ผู้คลอดวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดากับทารก (วาสนา แหวนหล่อ, 2540; อุษา เชื้อหอม, 2534)

ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกในระยะคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์มากขึ้นและเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด (Perry, 2006) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจะยิ่งทำให้ผู้คลอดวัยรุ่นเกิดความกลัวและวิตกกังวลในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ทราบล่วงหน้า (Montgomery, 2003; Perry, 2006; WHO, 2004a) ผู้คลอดวัยรุ่นมักไม่มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคลอด ไม่รู้วิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เมื่อมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงจึงมักคาดเดาเหตุการณ์ไว้ต่าง ๆ นานาตามความรู้สึกของตนเองซึ่งยิ่งจะทำให้เกิดความหวั่นวิตกมากขึ้น ความรู้สึกทางอารมณ์ของวัยรุ่นมักจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญในสิ่งที่ตนเองสนใจ มักขาดการไตร่ตรองยังคิด ไม่ตระหนักถึงผลจากการกระทำ (Perry, 2006) ซึ่งส่งผลให้แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ (Montgomery, 2003) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้คลอดวัยรุ่นที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการตรงกับปัญหาที่อาจนำไปสู่การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอดได้ (Montgomery, 2003; WHO, 2004a)

ความต้องการของผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอด

วัยรุ่นในระยะคลอดมีความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์อย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Montgomery, 2003; Sauls, 2004) ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกจะมีความต้องการการดูแลที่มากกว่าวัยผู้ใหญ่ จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแยกความต้องการของผู้คลอดวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านข้อมูล ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย

ผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกนับว่าเป็นกลุ่มผู้คลอดที่ยังไม่มีความพร้อมในการคลอดเท่าที่ควร ซึ่งผู้คลอดวัยรุ่นที่ขาดการดูแลสุขภาพ และไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด มักจะรับรู้ความเจ็บปวดในการคลอดรุนแรง ทนต่อความเจ็บปวดได้น้อย ต้องการให้มีผู้คอยช่วยเหลือในระยะคลอดเพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ต้องการให้ช่วยดูแลความสบายด้านร่างกายเป็นอย่างมาก (Montgomery, 2003; Sauls, 2004) และผู้คลอดวัยรุ่นมักต้องการได้รับยาบรรเทาความรู้สึกเจ็บปวดมาก (Montgomery, 2003) จากการศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอดตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาลพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นมีความต้องการให้พยาบาลกระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง ต้องการได้รับการดูแลเมื่อมีอาการปากแห้ง และเลือกรับประทานอาหารตามที่ตนเองต้องการได้ (ประไพรัตน์ แก้วศิริ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, นิอุบล รุจิรประเสริฐ, และ วรรณชนก จันทชุม, 2544) แต่สิ่งที่ผู้คลอดไม่พึงพอใจในการดูแลระยะคลอดของพยาบาลผดุงครรภ์คือการให้การพยาบาลที่รีบเร่ง การตัดสินใจกล่าวโทษ คำหิติดือน

หรือการตัดสินใจแทนโดยผู้คลอดด้วยรุ่นไม่มีโอกาสได้เลือกเอง และการให้การดูแลที่เหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันกับผู้คลอดรายอื่น ๆ (Sauls, 2010)

2. ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้คลอดด้วยรุ่นมีความต้องการการช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์อย่างมาก (Sauls, 2006; Treffers et al., 2001) โดยเฉพาะการสนับสนุนอย่างเอื้ออาทร (empathic support) โดยการให้ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและการใส่ใจดูแล (Treffers et al., 2001) ในกระบวนการคลอดความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดทำให้ผู้คลอดควบคุมตนเองได้ยากขึ้น หากไม่สามารถควบคุมตนเองได้ผู้คลอดจะรู้สึกทุกข์ทรมาน เผชิญปัญหาไม่ได้จึงอาจแสดงอาการก้าวร้าวหรือไม่ยอมรับการช่วยเหลือจากบุคคลที่ไม่คุ้นเคย (Montgomery, 2003; Perry, 2006) โดยเฉพาะผู้คลอดด้วยรุ่นที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอดมักมีความยากลำบากในการเผชิญกับสถานการณ์ในการคลอด จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน (Wahn et al., 2007) ดังนั้น ผู้คลอดด้วยรุ่นจึงมีความต้องการกำลังใจเพื่อส่งเสริมให้ควบคุมเหตุการณ์ในการคลอดได้ ต้องการการยอมรับ การชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง (Montgomery, 2003) ต้องการการดูแลเป็นรายบุคคลที่เฉพาะเจาะจงและตรงกับความต้องการ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล การเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและการดูแลต่อเนื่องไปตลอดระยะคลอด (ลักษณะ สุวะจันทร์, 2551; Low et al., 2003; Wahn et al., 2007) รวมถึงการยอมรับความเป็นบุคคล การเคารพในสิทธิ การยกย่องให้เกียรติ การรับฟังและไม่ตัดสินกล่าวโทษ (Sauls, 2004)

3. ความต้องการด้านข้อมูล

ผู้คลอดด้วยรุ่นมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดที่คล้ายกับผู้คลอดด้วยผู้ใหญ่ โดยในระยะคลอดผู้คลอดด้วยรุ่นแรกมักรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะได้รับการดูแลอย่างไรบ้างในระยะเจ็บครรภ์และระยะเบ่งคลอด ไม่มั่นใจและไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล การไม่ได้รับคำอธิบาย ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดและกระบวนการคลอดว่าจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นทำให้ผู้คลอดด้วยรุ่นเกิดความรู้สึกกลัวและรู้สึกไม่ปลอดภัย อีกทั้งความตึงเครียดและความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นตามระยะของการคลอดจะทำให้ผู้คลอดจดจำวิธีการปฏิบัติตัวที่เคยได้รับคำแนะนำได้น้อยลง ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงควรให้ข้อมูลกับผู้คลอดตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการได้รับการช่วยเหลือในระยะเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยมีการทบทวนซ้ำและให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดเป็นระยะ ๆ ว่าจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นต่อไป (Montgomery, 2003)

สำหรับการให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดด้วยรุ่นจึงพอสรุปได้ว่าพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลในเชิงบวกที่เป็นข้อเท็จจริงและเป็นการให้กำลังใจ อธิบายเหตุผลให้ผู้คลอดด้วยรุ่นเข้าใจ เช่น การ

ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การฟังเสียงหัวใจทารกเพื่อประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เป็นต้น ซึ่งส่วนมากจะไม่ค่อยได้รับข้อมูลก่อนทำกิจกรรมกับผู้คลอดและหากมีแพทย์หรือพยาบาลมาตรวจหลายครั้ง จะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น การให้ข้อมูลจึงเป็นการสื่อสารที่เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญมากของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลผู้คลอดด้วยรุ่น นอกจากนี้ก็ควรให้ข้อมูลล่วงหน้าก่อนที่จะมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจริง เช่น ระยะของการคลอดที่จะมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้าง การให้การดูแลอะไรต่อไปบ้าง เป็นต้น ซึ่งผู้คลอดด้วยรุ่นต้องการที่จะรับรู้และมีเวลาทำความเข้าใจในเหตุการณ์และวิธีการดูแล (Montgomery, 2003)

โดยสรุปผู้คลอดด้วยรุ่นเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตน้อย ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการคลอดไม่ดีเท่าที่ควรเมื่อเทียบกับผู้คลอดด้วยผู้ใหญ่ ผู้คลอดด้วยรุ่นจึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านร่างกาย โดยเฉพาะการควบคุมความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอด ซึ่งความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดตามมาภายหลังคลอด

ความเจ็บปวดในการคลอด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในกระบวนการคลอดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติแต่เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานสำหรับผู้คลอดเป็นอย่างมาก ผู้คลอดด้วยรุ่นต้องการได้รับการบรรเทาปวดให้น้อยลงและสามารถเผชิญการคลอดไปได้ด้วยดี หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในระยะคลอดหรือมีการเผชิญกับความเจ็บปวดไปอย่างยากลำบากจะส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้ รวมถึงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ตามมาในระยะหลังคลอดด้วย ดังนั้นการดูแลผู้คลอดเพื่อส่งเสริมให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอดได้ด้วยดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Lowe, 2002)

ความหมายของความเจ็บปวดในการคลอด

คำว่า “ความเจ็บปวด” (pain) มาจากคำภาษาละตินว่า “โพเอน” (poene) และภาษา กรีกว่า “โพอิน” (poine) หมายถึง การลงโทษ (penalty) การทำโทษ (punishment) เป็นมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกเจ็บปวด (Wood, 2002)

สมาคมการศึกษาความเจ็บปวดนานาชาติ (The International Association for the study of Pain: IASP cited in Lowe, 2002) ให้ความหมายของความปวด หมายถึง ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สุขสบายหรือไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย

เมอร์เรย์ และ แมคคินเนย์ (Murray & Mckinney, 2006) ให้ความหมายความเจ็บปวดในการคลอดว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ สามารถเตรียมวิธีการจัดการได้ล่วงหน้า คาดการณ์ระยะเวลาที่จะสิ้นสุดได้ ต่างจากความเจ็บปวดชนิดอื่นที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บและการเจ็บป่วย

โลวี (Lowe, 2002) กล่าวถึง ความเจ็บปวดในการคลอดว่าเป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายและไม่พึงปรารถนาทั้งด้านอารมณ์และเป็นการรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะรายบุคคล มีความซับซ้อนและจะเกิดการตอบสนองต่อความปวดตามมา

กัปตา, कुमार และซิงฮาล (Gupta, Kumar, & Singhal, 2006) กล่าวถึง การคลอดว่าเป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและจะเพิ่มความถี่และความแรงมากขึ้นเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอดคือมีการบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูกมากขึ้น เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึงเปิดหมด 10 เซนติเมตร

นดาลา (Ndala, 2005) กล่าวถึง ความเจ็บปวดในการคลอด เป็นสิ่งที่ผู้คลอดรับรู้ถึงความเจ็บปวดเมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะคลอดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก การยืดขยายของช่องทางคลอดซึ่งเป็นผลมาจากแรงดันของทารกที่กดต่ำลงในอุ้งเชิงกรานออกมาทางช่องคลอด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสรุปความหมายของความเจ็บปวดในการคลอดว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา ความรู้สึกไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูกและการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารก ตั้งแต่ระยะปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ซึ่งความปวดในการคลอดเป็นประสบการณ์เฉพาะส่วนบุคคลเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและจะเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด

กลไกการเกิดความเจ็บปวดในการคลอด

ความเจ็บปวดในการคลอด แบ่งออกได้ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage of labor) ความเจ็บปวดเริ่มจากเนื้อเยื่อของมดลูกและปากมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการหดตัวของมดลูกและเกิดการเปิดขยายของปากมดลูก (Gupta et al., 2006) โดยการหดตัวของมดลูกทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจน (hypoxia) และจากการมีแรงดันของส่วนประกอบต่าง ๆ ภายในมดลูก เช่น ทารก รก น้ำคร่ำ เป็นต้น

(Davidson et al., 2008) มีผลให้เกิดการยืดขยายตัวของกล้ามเนื้อคดลูกส่วนล่างและปากมดลูกส่วนที่จะเป็นทางผ่านของทารกมาสู่ช่องทางคลอด (Charlton, 2005) จึงเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อซึ่งส่งผลให้เกิดการหลั่ง bradykinin, histamine, serotonin, acetylcholine และ potassium ions ไปกระตุ้นตัวนำความรู้สึกให้เกิดการทำงาน การส่งความรู้สึกจะถูกนำพาโดยใยประสาท A delta และ C fiber ผ่านโครงข่ายประสาทบริเวณท้องส่วนล่าง (hypogastric plexus) จากส่วนหน้าไปส่วนกลางและส่วนหลังตามลำดับ ผ่านประสาทส่วนเอวและผ่านประสาท sympathetic ของทรวงอกส่วนล่างแล้วไปเชื่อมต่อกับข่ายของใยประสาทไขสันหลังส่วน T₁₀-L₁ (Gupta et al., 2006) จากนั้นเส้นใยประสาทจะเข้าไปประสานประสาท (synapse) กับด้านตรงข้ามของไขสันหลังและส่งต่อเข้าไปในก้านสมองส่วน medulla oblongata, pons varolii และ mid-brain จนเข้าไปถึง thalamus และส่งการติดต่อไปยัง cerebral cortex เพื่อรับความรู้สึกและแปลความหมายออกมาเป็นความเจ็บปวดต่อไป ซึ่งร่างกายจะแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบต่าง ๆ เช่น ร้องครวญ หันหน้า ถู ขมวด เป็นต้น (Hamilton, 2009) และเส้นใยประสาทจะมีการประสานประสาทกันใน brainstem, hypothalamus และ limbic system ก่อนที่จะนำสารสื่อประสาทเข้าไปถึง thalamus จึงอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นและเหงื่อออก เป็นต้น รวมถึงมีความรู้สึกทางอารมณ์จากการรับรู้ความเจ็บปวดได้ (Ndala, 2005)

ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นความเจ็บปวดจากอวัยวะภายใน (Davidson et al., 2008) ซึ่งการมีโครงข่ายประสาทบริเวณมดลูก บริเวณเชิงกรานและช่องท้องน้อยถูกกระตุ้นเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวด ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจึงเป็นบริเวณผนังหน้าท้องส่วนล่าง (lower abdominal wall) เอวส่วนล่าง (lower lumbar) และส่วนบนของกระดูกสันหลัง (upper sacrum) (Davidson et al., 2008; Lowdermilk & Perry, 2006; Lowe, 2002) ความเจ็บปวดจะแตกต่างกันออกไปตามความก้าวหน้าของการคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Orashan, 2008) ดังนี้

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เริ่มจากการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ย 6-8 ชั่วโมง การหดตัวของมดลูกอยู่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีการหดตัวไม่สม่ำเสมอ ความถี่ทุก ๆ 5-30 นาที โดยใช้ระยะเวลาในการหดตัวนาน 30-45 วินาที ระดับส่วนนำของทารกในครรภ์แรกอยู่ที่ระดับ 0 ส่วนครรภ์หลังอยู่ที่ระดับ 0 ถึง -2 (Perry, 2006) การหดตัวของมดลูกจะค่อย ๆ เพิ่มความถี่ ความนาน และมีความรุนแรงของการหดตัวมากขึ้นเรื่อย ๆ (Cunningham, et al., 2005; Davidson et al., 2008)

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เริ่มจากปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ย 3-6 ชั่วโมง การหดตัวของมดลูกมีระดับความรุนแรงอยู่ระดับปานกลางถึงมาก มีการหดตัวสม่ำเสมอ ความถี่ทุก ๆ 3-5 นาที โดยใช้ระยะเวลาในการหดตัวนาน 40-60 วินาที ระดับ

ส่วนนำของทารกทั้งในครรภ์แรกครรภ์หลังอยู่ที่ระดับ +1 ถึง +2 (Perry, 2006) เป็นช่วงที่มดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น ยาวนานขึ้น และแรงมากขึ้น ผู้คลอดจะมีความวิตกกังวลและเกิดความเจ็บปวดมากกว่าระยะปากมดลูกเปิดช้า (Cunningham, et al., 2005; Davidson et al., 2008)

3. ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) เริ่มจากปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ย 20-40 นาที การหดตัวของมดลูกมีระดับความรุนแรงอยู่ระดับมากถึงมากที่สุด มีการหดตัวสม่ำเสมอ ความถี่ทุก ๆ 2-3 นาที โดยใช้ระยะเวลาในการหดตัวนาน 45-60 วินาที ระดับส่วนนำของทารกทั้งในครรภ์แรกครรภ์หลังอยู่ที่ระดับ +2 ถึง +3 (Cunningham, et al., 2005; Davidson et al., 2008; Perry, 2006) ผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรงจนยากที่จะทนไหว (Orashan, 2008)

ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labor) เป็นระยะการเกิดของทารก เริ่มจากปากมดลูกเปิดเต็มที่ 10 เซนติเมตรและความบางของปากมดลูกมากที่สุดร้อยละ 100 จนถึงทารกคลอด (Perry, 2006) ความเจ็บปวดในระยะนี้เกิดจากแรงดันของส่วนนำของทารกที่เคลื่อนต่ำลงมาในช่องเชิงกราน การดันและกดทับของส่วนนำในช่องเชิงกรานเป็นการกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดทำให้เกิดความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น (Lowe, 2002; Charlton, 2005) การยืดขยาย การดึงรั้งบริเวณพื้นเชิงกราน และฝีเย็บ ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดโดยส่งกระแสประสาทผ่าน pudendal nerve เข้าสู่เส้นประสาทก้นกบที่ตำแหน่ง S₂-S₄ (sacrum nerve ที่ 2, 3 และ 4) (Gupta et al., 2006; Lowe, 2002; Lowdermilk & Perry, 2006) เป็นความรู้สึกเจ็บปวดจากอวัยวะภายนอกของร่างกายที่สามารถระบุตำแหน่งได้ (somatic pain) มักจะมีความรู้สึกปวดที่รุนแรง (intense) ปวดเหมือนมีของแหลมทิ่ม (sharp) ปวดร้อน (burning) และรู้ตำแหน่งที่ปวดคือที่บริเวณพื้นเชิงกรานและฝีเย็บ (Lowdermilk & Perry, 2006)

ระยะที่ 3 ของการคลอด (third stage of labor) เป็นระยะของการคลอดรก โดยเริ่มตั้งแต่ทารกคลอดออกมาทั้งตัวจนถึงรกคลอดครบเสร็จสมบูรณ์ โดยปกติการหดตัวของมดลูกจะเริ่มประมาณ 5-7 นาทีหลังคลอดทารกเพื่อช่วยให้มีการลอกตัวของรกก่อน ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดรกประมาณ 5-10 นาที ไม่เกิน 30 นาทีทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง (Perry, 2006) ความเจ็บปวดเกิดจากการหดตัวของมดลูก การเคลื่อนผ่านของรกออกมาทางช่องคลอด และกิจกรรมในการทำคลอดรก ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บและหลังส่วนล่าง เกิดจากกลไกการส่งผ่านใยประสาทความรู้สึกเจ็บปวดที่คล้ายกับระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งความเจ็บปวดในระยะนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาอันสั้น (Davidson et al., 2008) ระยะนี้ผู้คลอดจะรู้สึกผ่อนคลายความเจ็บปวดลงมาก (Perry, 2006)

ระยะที่ 4 ของการคลอด (fourth stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มหลังจากที่รกคลอด ออกมาสมบูรณ์จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ความเจ็บปวดเกิดจากการหดตัวของมดลูกซึ่งเป็นการเจ็บปวดที่เกิดหลังจากการคลอดผ่านไปแล้ว (afterpains) และอาจปวดแผลฝีเย็บได้ถ้ามีการตัดหรือการฉีกขาดของฝีเย็บ กลไกการส่งผ่านไขประสาทความรู้สึกเจ็บปวดที่คล้ายกับระยะที่ 1 ของการคลอด แต่ความเจ็บปวดจะค่อย ๆ ลดลงและร่างกายจะพักผ่อนกลับเข้าสู่ภาวะปกติในระยะหลังคลอดต่อไป (Lowdermilk & Perry, 2006)

การตอบสนองต่อความเจ็บปวดในการคลอด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในการคลอดนั้นจะทำให้ผู้คลอดมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในแต่ละระยะของการคลอดแตกต่างกัน แบ่งออกได้ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage of labor) สามารถแบ่งการตอบสนองต่อความเจ็บปวดออกเป็น 3 ระยะ (Orashan, 2008) ดังนี้

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เริ่มจากการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ระยะนี้ความแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกยังมีไม่มาก ผู้คลอดจะเริ่มมีความรู้สึกเจ็บปวด หรือเกิดความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย และเกิดความรู้สึกไม่สบาย แต่ยังสามารถอดทนและเผชิญกับความเจ็บปวดนี้ได้ (Davidson et al., 2008; Orashan, 2008) สิ่งกระตุ้นในระยะนี้ส่วนใหญ่มีกมาจากสิ่งแวดล้อม ใช้กลไกป้องกันตนเองที่เหมาะสม ยอมรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ยังยิ้มหรือหัวเราะได้ พยายามช่วยเหลือตนเอง (Orashan, 2008) ระยะนี้จะมีอาการคันตื้น มีความคิดที่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง อาจจะมีการพูดจาหรือเงิบ บางคนอาจอยู่ในภาวะสงบหรือมีภาวะเครียดเกิดขึ้น มีความสนใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี มีความพร้อมในการรับรู้คำแนะนำ ระยะนี้จึงเหมาะกับการให้ข้อมูลและคำอธิบายต่าง ๆ เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจก่อนเข้าสู่ระยะที่มีความก้าวหน้ามากขึ้นรวมถึงระยะเบ่งคลอดที่จะเกิดขึ้นด้วย (Perry, 2006) ระยะนี้สามารถเรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายได้เป็นอย่างดี บางครั้งอาจไม่ต้องกระตุ้นก็ปฏิบัติเองได้ (Orashan, 2008)

2. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เริ่มจากปากมดลูกเปิด 4 - 7 เซนติเมตร ระยะนี้มีความเจ็บปวดมากขึ้น ผู้คลอดจะเกิดความไม่แน่ใจในความสามารถควบคุมความเจ็บปวดของตนเอง ทำให้ผู้คลอดเริ่มสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองและต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น (Cunningham et al., 2005; Davidson et al., 2008) มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง พูดน้อยลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ จะตั้งใจแน่วแน่มุ่งอยู่กับความก้าวหน้าของการคลอด ต้องการมีเพื่อนอยู่ด้วย ร้องขอความช่วยเหลือมากขึ้น (Orashan, 2008) ปฏิบัติตามคำแนะนำได้

ยากลำบากมากขึ้น ระยะนี้จึงมีความต้องการได้รับการดูแลอย่างมากโดยเฉพาะความสบาย การลดความเจ็บปวดและการสนับสนุนทางอารมณ์ (Perry, 2006) มีพฤติกรรมแสดงถึงความตึงเครียด โดยเฉพาะความวิตกกังวล มีการหายใจเร็วขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เหงื่อออกมาก สีหน้าบูดเบี้ยว กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง เริ่มแสดงอาการก้าวร้าว (Orashan, 2008)

3. ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) เริ่มจากปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร ผู้คลอดมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง (Orashan, 2008) สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ความสามารถในการสื่อสารลดลง ไม่มีสมาธิและความสามารถในการจำลองขณะมดลูกหดตัว อาจเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ รู้สึกอยากถ่ายอุจจาระและมีแรงเบ่ง มีการรับรู้ประสาทสัมผัสที่ไวเกิน ดังนั้นระยะนี้ผู้คลอดจะมีความต้องการความสงบ ไม่ต้องการให้มีสิ่งรบกวนต่าง ๆ มากกระตุ้น (Perry, 2006) ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นลดลง ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ (Orashan, 2008) ช่วงนี้ผู้คลอดต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถเผชิญในระยะนี้ไปได้ ขณะที่มดลูกหดตัวผู้คลอดจะไม่ต้องการพูดคุยหรือการสัมผัส อาจมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสม เรียกร้องที่จะยุติการคลอดเพราะทนความเจ็บปวดไม่ไหว แต่เมื่อมดลูกคลายตัวอาจจะขอความช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ (Davidson et al., 2008)

ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labor) เป็นระยะการเกิดของทารก ตำแหน่งที่ปวดคือที่บริเวณพื้นเชิงกรานและฝีเย็บ (Lowdermilk & Perry, 2006) ระยะนี้ผู้คลอดอาจจะเป็นผู้บอกว่ามีความรู้สึกอยากเบ่งและจะพยายามเบ่งเอาทารกออกมา มีความเจ็บปวดที่รุนแรง ทรมานหรือดิ้นไปมา ควบคุมตัวเองไม่ได้ ต้องการความช่วยเหลือและขอให้อยู่เป็นเพื่อนอย่างมาก (Perry, 2006)

ระยะที่ 3 ของการคลอด (third stage of labor) เป็นระยะของการคลอดรก เมื่อรกคลอดครบเสร็จสมบูรณ์ผู้คลอดจะรู้สึกผ่อนคลายลงมาก ความสามารถในการรับรู้กลับคืนมา ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและทารก อาจมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้ (Perry, 2006)

ระยะที่ 4 ของการคลอด (fourth stage of labor) เป็นระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (Lowdermilk & Perry, 2006) ผู้คลอดมีการปรับตัวทางสรีรวิทยาเพื่อให้เข้าสู่ภาวะปกติและเป็นระยะที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน คือ การตกเลือดในระยะหลังคลอด ระยะนี้ผู้คลอดมักจะเหนื่อยล้า หดแรงแจกจากการคลอด ต้องการพักผ่อนและอยู่กับทารก (Perry, 2006)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตรจนถึงเปิดหมด 10 เซนติเมตร โดยผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด นอกจากนี้ระยะที่ 1 ของการคลอดผู้คลอด

ต้องเผชิญความเจ็บปวดรวมถึงเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดในระยะเจ็บครรภ์และขณะรอคลอดเป็นเวลานาน และความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดในระยะหลังคลอดด้วย สำหรับระยะที่ 2 ของการคลอดหรือระยะเบ่งคลอด เป็นระยะที่ผู้คลอดมุ่งที่จะเบ่งคลอดทารกออกมา ความเจ็บปวดในระยะนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อรับรู้ประสบการณ์การคลอด ส่วนระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอดนั้นจะมีระดับความเจ็บปวดลดลงและค่อย ๆ ปรับสภาพกลับคืนสู่ภาวะปกติได้โดยเร็วหลังคลอด

ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวดในการคลอด

ความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเจ็บปวด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย

1.1 อายุ ผู้คลอดวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีจะมีความสามารถในการทนต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดด้วยผู้ใหญ่ จึงมีการรับรู้ความเจ็บปวดในการคลอดมากกว่า (Lowe, 2002)

1.2 การชักนำการคลอด (induction) โดยการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin) เป็นการกระตุ้นให้มดลูกหดตัวแรงขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นและทุกข์ทรมานในการเจ็บครรภ์คลอด (สุปราณี อัทธเสรี และเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531; Lang et al., 2006)

1.3 ความแรงของการหดตัวของมดลูก (intensity of labor) ซึ่งมีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด การเปิดขยายของปากมดลูก มดลูกที่หดตัวถี่ขึ้น ยาวนานขึ้นและมีระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกเจ็บปวดตามความก้าวหน้าของการคลอด โดยเฉพาะในช่วงท้ายของระยะที่ 1 ของการคลอด (Lowe, 2002) เมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงส่งผลให้เกิดการยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง ปากมดลูกและพื้นเชิงกราน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดมากขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2006; Lowe, 2002)

1.4 เคยผ่านการคลอด (parity) ผู้คลอดที่ยังไม่เคยผ่านการคลอด (nulliparous) มักจะมีการรับรู้และไวต่อความรู้สึกเจ็บปวดได้มากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว (multiparous) โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เข้าสู่ระยะคลอดที่มีการเปิดของปากมดลูกก่อน 5 เซนติเมตร ซึ่งผู้คลอดที่ยังไม่เคยผ่านการคลอดจะมีความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้มากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง (Lowdermilk & Perry, 2006; Lowe, 2002)

1.5 ท่าของการคลอด (position) ผู้คลอดที่อยู่ในท่าศีรษะสูงจะมีระดับความเจ็บปวดในการคลอดน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในท่านอนหงายราบ และผู้คลอดที่มีอิสระในการเคลื่อนไหวหรือ

เปลี่ยนท่าทางขณะเจ็บครรภ์จะมีความเจ็บปวดน้อยกว่า ซึ่งการอยู่ในท่าศีรษะสูงและมีการเคลื่อนไหวร่างกายจะเป็นการช่วยลดความเจ็บปวดและความตึงเครียดของกล้ามเนื้อเรียบ ผู้คลอดจะสามารถควบคุมตนเองและสุขสบายมากขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2006; Lowe, 2002)

1.6 ท่าของทารก (fetal position) ทารกที่มีส่วนนำไม่เหมาะสม จะทำให้การคลอดล่าช้า ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวดรุนแรงและไม่สุขสบาย (Lowdermilk & Perry, 2006) โดยเฉพาะท่าศีรษะทารกอยู่ทางด้านหลังจะเป็นสาเหตุการปวดหลังส่วนล่างเป็นอย่างมาก (Lowe, 2002; Ndala, 2005)

1.7 ขนาดของทารก (fetal size) ทารกที่มีขนาดใหญ่หรือมีน้ำหนักตัวมากจะส่งผลให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงและเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย (Lowdermilk & Perry, 2006; Lowe, 2002)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

2.1 ความวิตกกังวล กลัว (anxiety and fear) ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยทำนายความเจ็บปวดในการคลอดที่สำคัญมาก (Lang et al., 2006) ความเจ็บปวดในการคลอดทำให้ผู้คลอดมีความกลัวและวิตกกังวล หากมีความวิตกกังวลมากจะทำให้ร่างกายหลั่ง catecholamine เพิ่มขึ้นซึ่งจะไปกระตุ้นสมองให้รับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้น และมีการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดที่บริเวณเชิงกรานเนื่องจากการไหลเวียนเลือดลดลงและกล้ามเนื้อตึงเครียดเพิ่มขึ้น (Lowe, 2002) เมื่อกล้ามเนื้อมดลูกมีความตึงตัวมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานจะลดลง เกิดความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าได้ (McCormick, 2009; Paterno, 2010)

2.2 การเตรียมคลอด (childbirth preparation) ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการคลอดจะมีความรู้ในเรื่องของการคลอด ความเจ็บปวดในการคลอด ซึ่งจะช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลต่อการคลอด ช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจ สามารถควบคุมสถานการณ์ และผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง (Wee, 2005) และ การใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดจากที่เคยได้รับการเตรียมคลอด เช่น การหายใจ การผ่อนคลาย เป็นต้น เป็นการปิดกั้นกลไกความเจ็บปวดจากการรับรู้ที่สมองโดนทำงานประสานกันกับกลุ่มประสาทไขสันหลังเพื่อสกัดสั้นความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2006)

2.3 การสนับสนุน (support) ในระยะคลอดหากผู้คลอดรับการสนับสนุนดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์ สามี มารดา หรือผู้ดูแล (doula) โดยให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย (comfort) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคลอด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความ

มั่นใจ มีกำลังใจ และสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ลดการใช้ยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง คลอดเองได้ทางช่องคลอดตามปกติ ลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจต่อการคลอดได้ (Hodnett et al., 2009; Lowdermilk & Perry, 2006)

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ในวัฒนธรรมที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ ท่าทาง หรือคำพูดได้อย่างเต็มที่มักจะมีพฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกเจ็บปวดความแตกต่างกับผู้ที่อยู่ในวัฒนธรรมที่มีต้องสำรวมกิริยา (Charlton, 2005) ซึ่งพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมจะส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน พยาบาลผดุงครรภ์สามารถประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของผู้คลอดและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้คลอดชาวจีนมักจะไม่แสดงความเจ็บปวดในระยะคลอดออกมาเพราะมีการยอมรับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น หรืออาจจะแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยการร้องไห้อาวววย กรีดเสียง ร้องครวญคราง หรือทุบตีตนเองได้ถ้าหากมีสิ่งกระตุ้นที่รู้สึกเจ็บปวดเป็นครั้งแรก และมักนิยมการฝังเข็มเพื่อลดความเจ็บปวด ผู้คลอดชาวญี่ปุ่นไม่ค่อยบ่นถึงความเจ็บปวดที่ต้องเผชิญขณะเจ็บครรภ์คลอด แต่เมื่อปวดมากมักจะขอยาระงับปวดชนิดรุนแรง ส่วนผู้คลอดชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มักจะอดทนต่อความเจ็บปวดก่อนที่จะขอยาระงับปวด เป็นต้น (Lowdermilk & Perry, 2006)

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและรู้สึกไม่คุ้นเคยมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอด สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางสุขภาพ การสื่อสารที่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ล้วนมีผลให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้น้อยลง (Lowe, 2002) การจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว มีแสง เสียง อุณหภูมิที่เหมาะสม มีพื้นที่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย และการมีอุปกรณ์ช่วยบรรเทาความปวด เช่น เก้าอี้ที่นั่งสบาย ลูกบอล ห้องอาบน้ำ มีโทรทัศน์ มีเพลงฟัง เป็นต้น เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมความสบายของผู้คลอดและใช้บรรเทาปวดโดยไม่ต้องใช้ยา (Lowdermilk & Perry, 2006; Lowe, 2002)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษากลุ่มผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลเดียวกัน มีการควบคุมปัจจัยที่จะมีผลต่อการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาโดยการกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผลกระทบของความเจ็บปวดในการคลอด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดอาจจะส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกายและเกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้ ดังนี้

1. ระบบหายใจ ความเจ็บปวดส่งผลให้ผู้คลอดมีการหายใจถี่เร็ว (hyperventilation) (Charlton, 2005; Ndala, 2005) ทำให้มีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติ (hypocapnia) และภาวะการหายใจเป็นด่าง (respiratory alkalosis) (Charlton, 2005; Lowe, 2002)
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะมีการเพิ่มปริมาตรของเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output) (Charlton, 2005; Lowe, 2002; Ndala, 2005) อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น (Ndala, 2005) เป็นผลจากการทำงานของประสาท sympathetic และอาจทำให้เกิดความผิดปกติกลายเป็นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจตามมาได้ หรืออาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีของเหลวคั่งในร่างกายและมีโปรตีนในปัสสาวะด้วย (pre-eclampsia) นอกจากนี้การหดตัวของมดลูกจะเป็นการเพิ่มการไหลเวียนเลือดย้อนกลับเข้าสู่หัวใจมากยิ่งขึ้นเป็นผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น (Charlton, 2005)
3. ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เมื่อความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้นจะเกิดการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ให้มีการหลั่ง catecholamine (Charlton, 2005) corticosteroid และ adrenocorticotrophic hormone (ACTH) เพิ่มขึ้น (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ซึ่งจะทำให้การหดตัวของมดลูกที่รุนแรง (uteroplacental constriction) แต่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ระยะการคลอดยาวนานได้ (Charlton, 2005; Ndala, 2005)
4. ระบบทางเดินอาหาร ความเจ็บปวดจะกระตุ้นให้มีการหลั่ง catecholamine ออกมาอัตโนมัติส่งผลให้ลด gastric inhibition และกระเพาะอาหารมีสภาพเป็นกรดเพิ่มมากขึ้น (Charlton, 2005; Lowe, 2002) ส่งผลให้กระเพาะอาหารมีการดูดซึมและทำงานลดลง (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ทำให้กระเพาะอาหารว่างช้าลง และมักจะมีอาการคลื่นไส้และอาเจียน (Charlton, 2005; Ndala, 2005)
5. ระบบทางเดินปัสสาวะ ความเจ็บปวดในการคลอดและการทำงานของประสาท sympathetic ที่เพิ่มขึ้นทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนยับยั้งการทำงานของกระเพาะปัสสาวะทำให้กระเพาะปัสสาวะว่างช้าลง ขับปัสสาวะออกได้ไม่ดี รวมถึงการอยู่ในท่านอนหงายราบนาน ๆ หรือได้รับยาเร่งจับปวดหรือยากดประสาทความรู้สึกจะส่งผลให้ไม่มีการขับปัสสาวะจึงมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ (Ndala, 2005)
6. ภาวะจิตใจ (psychological) ความเจ็บปวดในการคลอดส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความตึงเครียด รู้สึกถึงความทุกข์ทรมาน โดยความรู้สึกเจ็บปวดที่รุนแรง (severe pain) เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ (Waldenstrom et al., 2004) และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระยะยาวได้ (Charlton, 2005) มีทัศนคติและประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ก่อต่อการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งต่อไปได้ (Waldenstrom et al., 2004)

7. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดนอกจากจะเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานของมารดาแล้วยังอาจส่งผลด้านลบต่อทารกในครรภ์ได้ การมีระดับ catecholamines ที่สูงขึ้นจะทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง การดูดซึมอาหารและออกซิเจนผ่านรกลดลง ทารกอาจได้รับอันตราย และเกิดภาวะ fetal asphyxia ตามมาได้ (Cunningham et al., 2005)

การจัดการความเจ็บปวดในการคลอด

การลดความเจ็บปวดในการคลอดเป็นสิ่งสำคัญที่มีความซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ของด้านร่างกายและจิตใจเพื่อลดความเจ็บปวด (Wee, 2005) ผู้คลอดมักมีความคาดหวังเกี่ยวกับการบรรเทาปวดในการคลอดที่จะทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนในการช่วยการบรรเทาปวดในระยะคลอดเพื่อให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอด (Lally, Murtagh, Macphail, & Thomson, 2008) ถึงแม้ผู้คลอดวัยรุ่นจะเรียกร้องขอาระงับปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดเป็นส่วนใหญ่ (Suals, 2006) แต่การได้รับาระงับปวดทางสูติกรรม (obstetric analgesia) ไม่ได้ช่วยให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีขึ้น (Waldenstrom et al., 2004) แม้การใช้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวดจะมีข้อดีในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีแต่ก็เกิดอาการข้างเคียงของยาได้

าระงับปวดที่ใช้ในระยะเจ็บครรภ์คลอดมีหลายชนิดซึ่งขึ้นอยู่กับทางเลือกใช้และการระมัดระวังผลข้างเคียงตามชนิดของยา เช่น morphine จะใช้บ่อยเมื่อต้องการขยายระยะเวลาในการคลอดให้นานขึ้น ยาจะช่วยลดปวดและทำให้ง่วงนอนแต่จะมีผลของยาเป็นเวลานานและยาจะผ่านทางรกส่งผลให้ทารกหลับนานและต้องเฝ้าระวังความผิดปกติของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง หรือการใช้าระงับปวดโดยให้ยาทางช่องไขสันหลัง (epidural anesthesia) ช่วยลดความเจ็บปวดได้ดีแต่อาจมีผลให้ผู้คลอดเกิดความดันโลหิตต่ำและอาจเกิดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้น้อยลง การคลอดยาวนานและอาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด หรือมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของระบบประสาทในระยะยาวหากมีความผิดปกติในการให้ยาทางช่องไขสันหลัง เป็นต้น สำหรับาระงับปวดที่นิยมใช้มากที่สุดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด คือ pethidine ขนาดยาที่ให้คือ 50-100 มิลลิกรัมทางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ สามารถให้ได้ทุก 3-4 ชั่วโมง (Hamilton, 2009; Pillitteri, 2007) ยามีผลให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกอ่อนล้า มดลูกอาจหดตัวห่างออกไปได้ถ้าให้ยาในระยะแรกๆ ของการคลอด โดยยามีผลต่อการยับยั้งการหลั่ง oxytocin จาก posterior pituitary gland จึงส่งผลให้การดำเนินการคลอดช้าลง และผู้คลอดจะมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น วิงเวียนศีรษะ ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง ความดัน

โลหิตต่ำ เป็นต้น และยังมีผลลดการหายใจของทารกได้หาก ผู้คลอดได้รับยาน้อยกว่า 3 ชั่วโมง ก่อนคลอด และทารกในครรภ์มีการเต้นของหัวใจผิดปกติได้ (Pillitteri, 2007)

สำหรับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยานอกจากจะช่วยลดอันตรายจากผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับมารดาหรือทารกในครรภ์ ยังทำให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจได้ เนื่องจากผู้คลอดรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองได้ รู้สึกภาคภูมิใจ และตนเองมีคุณค่า ซึ่งการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีแนวทางหรือวิธีหลากหลาย ดังนี้

1. การสนับสนุนในระยะคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ สามี หรือผู้หญิงที่ให้การช่วยเหลือ (doula) ส่งผลให้ผู้คลอดมีกระบวนการคลอดเป็นไปตามปกติ สามารถควบคุมตนเองได้ ช่วยลดการใช้ยาเร่งคลอด คลอดเองทางช่องคลอดได้ตามปกติ ลดการใช้เครื่องมือหรือสูติศาสตร์หัตถการโดยการใช้ คีม เครื่องดูดสุญญากาศและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2003; Hodnett et al., 2009) ลดความต้องการการใช้ยาเร่งคลอด ใช้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง และผู้คลอดมีความพึงพอใจ (Hodnett et al., 2003; Hodnett et al., 2007; Hodnett et al., 2009; Sauls, 2002; Simkin & O'Hara, 2002; Treffers et al., 2001) พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนประคับประคองร่วมกับการพยาบาลตามปกติดีกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว และส่งผลให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดที่ดีตามมา (วิกิรัตน์ สอดส่อง, 2548)

2. การผ่อนคลาย (relaxation)

- 2.1 การผ่อนคลายด้วยการใช้เทคนิคการหายใจแบบ slow chest breathing คือ การหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ ด้วยจังหวะสม่ำเสมอ เป็นการช่วยลดความเจ็บปวดช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้ในขณะคลอด (Lowdermilk & Perry, 2006) และเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดได้ (สุกัญญา ปรีดิบุญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) ซึ่งแบบแผนการหายใจนี้สามารถสอนในระยะคลอดได้ โดยเฉพาะผู้คลอดที่ไม่คุ้นเคยกับการหายใจในการผ่อนคลายเพราะจะเกิดการเรียนรู้ใหม่ไม่เกิดความรู้สึกขัดแย้งกับความรู้เดิมที่เคยมีมาก่อน (Pillitteri, 2007) การใช้เทคนิคการหายใจนี้จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ มีสมาธิอยู่กับตัวเอง เป็นการเพิ่มออกซิเจนให้กับร่างกาย และส่งไปสู่ทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น ความรู้สึกผ่อนคลายจากการหายใจจะส่งเสริมการหลั่ง endorphins ซึ่งเป็นสารธรรมชาติที่ร่างกายสร้างขึ้นเพื่อลดความเจ็บปวด (body's natural pain killers) ส่งผลให้ผู้คลอดรับรู้ถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้น้อยลง (Fischer & Johnson, 1999)

2.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุก ๆ ส่วนของร่างกายในขณะที่เจ็บครรภ์สามารถช่วยให้มีก้าวหน้าการคลอดได้มากขึ้นเพราะเป็นการลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ มีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น (ศิริพร พงษ์โกตา, 2549) และการเกร็ง-คลายกล้ามเนื้อเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ซึ่งในผู้คลอดที่อ่อนเพลียอาจไม่สามารถปฏิบัติได้ จึงอาจใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียวซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการผ่อนคลายจากการที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อความปวดทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งความวิตกกังวลจะทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากขึ้น หรือการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดความวิตกกังวล ความปวดก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน หากไม่สามารถจัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อก็จะเกิดวงจรของความปวดและเพิ่มการตึงตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น เมื่อผู้คลอดมีอาการที่ผ่อนคลายจะเป็นการช่วยให้เกิดการปรับอารมณ์ให้สมดุลมากขึ้น จึงมีผลให้ความกลัวและความวิตกกังวลลดลง จิตใจสงบ ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลง ผู้คลอดจึงมีความเจ็บปวดลดลง (เจือกุล อโนธามณ, 2546)

3. การสัมผัส (touch) การสัมผัสช่วยให้ผู้คลอดรับรู้ถึงประสบการณ์การคลอดทางบวก ช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญต่อเหตุการณ์และความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดได้ เป็นการดูแล ให้กำลังใจ ให้ความเข้าใจ ให้การยอมรับ ให้ความปลอดภัย มีความรู้สึกใกล้ชิดกับผู้ที่ให้การสัมผัส ส่งผลให้เกิดความสุขสบายและรู้สึกผ่อนคลาย (Brich, 1986) การสัมผัสมีผลต่อการตอบสนองของร่างกายเกี่ยวกับการลดปวดและความวิตกกังวล เมื่อร่างกายและจิตใจมีความตึงเครียด ระบบประสาท sympathetic จะถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น การสัมผัสจะช่วยลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic ช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลายทำให้ร่างกายมีการหลั่ง endorphins ซึ่งช่วยลดการรับรู้ถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และการสัมผัสช่วยลดความต้องการยาระงับปวดในระยะคลอดได้ (Fischer & Johnson, 1999) จากรายงานการศึกษาพบความวิตกกังวลในระยะคลอดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งจะเพิ่มการทำงานของระบบประสาท sympathetic และปล่อย norepinephrine ที่เป็นสิ่งที่ทำให้มารดาและทารกเกิดภาวะความเป็นกรดในร่างกายสูง (acidosis) และการหดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรงตามวงจร fear-tension-pain-syndrome ซึ่งการให้การสัมผัสส่งผลให้เกิดความสุขสบายและความรู้สึกผ่อนคลาย สามารถหยุดวงจรความรู้สึกกลัววิตกกังวลได้ (Blackburn & Loper, 1992) และการสัมผัสโดยพยาบาลด้วยการสัมผัสเพื่อการดูแลจะช่วยส่งเสริมผู้คลอดครรภ์แรกให้สามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดในการคลอดได้ดีขึ้น และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกเพิ่มมากขึ้น (ฉวี เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี, 2537)

4. การนวด (massage) การศึกษาผลของการนวดต่อระดับความเจ็บปวดในการคลอด โดยแบ่งการวัดระดับความเจ็บปวดเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร ปากมดลูก

เปิด 5-7 เซนติเมตร และปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ นวดและกลุ่มที่ไม่ได้รับการนวด พบว่าทั้ง 2 กลุ่มเมื่อปากมดลูกเปิดขยายเพิ่มขึ้นจะมีระดับความ เจ็บปวดเพิ่มขึ้นเช่นกัน และการนวดช่วยให้ความเจ็บปวดลดลงในช่วงปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร และช่วงปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร แต่ไม่มีผลต่อระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์หรือผู้ที่ให้การดูแลสามารถใช้การนวดเพื่อช่วยลดความ เจ็บปวดแก่ผู้คลอดได้ (Chang, Chen, & Huang, 2006)

5. การเคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าทาง การส่งเสริมให้ผู้คลอดได้เคลื่อนไหวหรือให้อิสระใน การอยู่ในท่าต่าง ๆ ที่รู้สึกสบายจะช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ (ศศิธร พุ่มดวง, 2546) การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่าจะช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ลดความเหนื่อยล้า ของกล้ามเนื้อได้ และยังเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดได้อีกด้วย (Simkin & O'Hara, 2002) ในระยะที่ 1 ของการคลอดผู้คลอดที่อยู่ในท่านั่งและยืนจะมีการปวดท้องและหลัง ลดลงมากกว่าการอยู่ในท่านอนตะแคง ส่วนในระยะที่ 2 ของการคลอดผู้คลอดที่นั้งอยู่ในแนวตั้ง ช่วยให้การคลอดน้อยกว่าท่านอน หรือการอยู่ในท่านอนกึ่งศีรษะสูงจะปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่อยู่ใน ท่านอนหงาย สำหรับท่าที่ผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดชอบคือท่านอนตะแคงมากกว่าท่า ในแนวตั้ง แต่อย่างไรก็ตามก่อนปากมดลูกเปิด 6 เซนติเมตร ผู้คลอดจะชอบอยู่ในท่านั่ง หลังจาก นั้นจะชอบนอนตะแคง จะเห็นว่าท่าของมารดาในแนวตั้งทั้งท่านั่งหรือท่านยืนช่วยลดความปวดใน ระยะคลอดได้ (ศศิธร พุ่มดวง, 2546) ดังนั้นในการจัดทำเพื่อลดปวดควรคำนึงถึงความต้องการของ มารดาไปด้วย

6. การใช้ดนตรีบำบัด เป็นการช่วยให้เกิดความสงบ ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดของ กล้ามเนื้อ ทำให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมน endorphin เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดทนต่อความ เจ็บปวดได้มากขึ้น การรับรู้ความเจ็บปวดลดลงและการฟังดนตรียังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ ออกจากความเจ็บปวด (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2550) จากการศึกษาของ ธรรมชนิ ลิ้มประเสริฐ (2539) พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการฟังดนตรีร่วมกับการดูแลตามปกติจะสามารถ เหนียวความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้ฟังดนตรี และการใช้ดนตรีในการคลอด ธรรมชาติช่วยให้ผู้คลอดลดความตึงเครียดและการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง (Browning, 2000)

7. การใช้สุคนธบำบัด การรับรู้กลิ่นหอมระเหยจะส่งผลต่อการตอบสนองด้านอารมณ์ ทำให้เปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อความรู้สึกเจ็บปวด (ศศิธร พุ่มดวง, 2546) ในผู้คลอดที่ได้รับ สุคนธบำบัดทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านจะมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่ม ที่ไม่ได้รับสุคนธบำบัด (วาริรัตน์ จิตติถาวร, 2552)

8. การใช้ความร้อนและความเย็น การประคบร้อนประคบเย็นบริเวณผิวหนังช่วยในการลดปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งการใช้ความร้อนควรประคบที่ท้องส่วนล่าง ขาหนีบ และบริเวณฝ่าเท้า ส่วนความเย็นควรประคบบริเวณหลัง ก้น และฝ่าเท้า (ศศิธร พุ่มดวง, 2546)

จากการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจร่วมกับการสัมผัสเพื่อการดูแล และการสนับสนุนด้านการบริการโดยการดูแลความสบายด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนท่าทาง ซึ่งการสนับสนุนด้วยวิธีดังกล่าวนี้คาดว่าจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกได้

การประเมินความเจ็บปวดในการคลอด

การประเมินความเจ็บปวดมีหลายวิธี ดังนี้

1. การประเมินทางสรีรวิทยา (physical assessment) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ การมีเหงื่อออก แต่เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด จึงทำให้มีข้อจำกัดในการแปลผล (พงศ์การดี เจาทะเกษตริน, 2547; Joshi, 2006)

2. การประเมินทางพฤติกรรม (behavioral assessment) เป็นการสังเกตพฤติกรรมและกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็นตัวเลขเพื่อประเมินออกมาเป็นระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด เช่น การแสดงสีหน้า (facial expression) การส่งเสียง (vocalization) และการเคลื่อนไหวร่างกาย (body movement) และพฤติกรรมต่อสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความเจ็บปวดได้ (Joshi, 2006)

3. การประเมินด้วยตนเอง (self report) เป็นวิธีที่ดีที่สุดเนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคล และเหมาะที่จะใช้ประเมินความเจ็บปวดในการคลอด (Lowe, 2002) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินด้วยตนเอง แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ การประเมินความเจ็บปวดด้านเดียว เช่น Visual Analog Scale (VAS), Numeric Rating Scales (NRS) เป็นต้น และการประเมินความเจ็บปวดหลายด้าน เช่น McGill's Pain Questionnaire (MPQ) เป็นต้น

3.1 Visual Analog Scale (VAS) เป็นมาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวดด้วยสายตา มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่อง 10 เป็นเซนติเมตร จาก 0-10 เซนติเมตร ซึ่งปลายซ้ายสุดแสดงถึงไม่รู้สึกเจ็บปวดเลย และปลายด้านขวาสุดแสดงถึงความถึงรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด ผู้ป่วยจะ

ประเมินความเจ็บปวดโดยทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงตำแหน่งที่เป็นระดับความเจ็บปวดของตนในขณะนั้น โดยความเจ็บปวดจะเริ่มต้นจากซ้ายสุดเลื่อนไปทางด้านขวาจนถึงตำแหน่งที่รู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความละเอียดอ่อนในการวัดความปวดทางคลินิก อธิบายความปวดได้ดีในการวิจัยและมีความถูกต้องและความเชื่อถือของเครื่องมือสูงตามการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่จะใช้ได้ยากในการวัดความเจ็บปวดที่รุนแรง (Victorian Quality Council, 2007)

3.2 Numeric Rating Scales (NRS) เป็นมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอน ซึ่งเป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 โดยการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด คะแนน 10 หมายถึง มีความเจ็บปวดมากที่สุด ผู้ป่วยจะประเมินความเจ็บปวดโดยการบอกตัวเลขที่แทนระดับความเจ็บปวดของตนเองในขณะนั้น ซึ่งสามารถวัดได้โดยการถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบตัวเลขหรือให้ดูระดับตัวเลขบนเส้นตรงแล้วค่อยเลือกตอบ เป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่าย ตรงไปตรงมา และรวดเร็ว ง่ายต่อการบันทึกผล (Victorian Quality Council, 2007)

3.3 McGill's Pain Questionnaire (MPQ) เป็นแบบสอบถามความเจ็บปวดที่ประเมินได้ทั้งอาการปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก (D'Arcy, 2007) สามารถวัดระดับความเจ็บปวด ความรู้สึกต่อความเจ็บปวด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดได้ เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่มีหลายมิติซึ่งมีความละเอียดมากจึงเหมาะสำหรับการศึกษาวิจัย (Joshi, 2006) แต่ในทางปฏิบัติผู้ประเมินต้องใช้เวลา และในระยะของการทดลองที่มีความก้าวหน้าของการทดลองเพิ่มขึ้นผู้ทดลองไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดของตนเองได้จึงไม่สามารถทำแบบสอบถามนั้นได้

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การประเมินความเจ็บปวดในการทดลองโดยผู้ทดลองตอบด้วยตนเอง (self-report) จากการใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scales [NRS]) เนื่องจากมีความสะดวกและง่ายในการประเมิน มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในระยะทดลองซึ่งเป็นระยะที่ผู้ทดลองมีความเจ็บปวดรุนแรงและต้องการใช้เวลาน้อยในการประเมิน ง่ายต่อการบอกความรู้สึกของผู้ทดลองเพราะบอกออกมาเป็นตัวเลข วิธีการใช้เครื่องมือไม่มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและไม่เป็นการรบกวนผู้ทดลองมากเกินไป เป็นเครื่องมือวัดที่ให้คะแนนเป็นตัวเลขที่มีความไวที่ดีและตรวจสอบได้ง่ายและใช้ง่ายกว่ามาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่วัดด้วยสายตา (Williamson & Hoggart, 2005) ซึ่งมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่วัดด้วยสายตานี้ผู้ทดลองจะต้องเป็นผู้ทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ใช้วัดความเจ็บปวดเพื่อบอกระดับความเจ็บปวดของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อผู้ทดลองรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงหากต้องให้ทำเครื่องหมายบอกระดับความปวดจะเป็นวิธีที่ยุ่งยากกว่าเมื่อเทียบกับมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข

การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด

การคลอดในผู้คลอดครั้งแรกเป็นประสบการณ์ใหม่ของชีวิต เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะมีการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดในการเจ็บครรภ์คลอดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะของการคลอด ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวด โดยเฉพาะผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรกจะมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดมากเป็นพิเศษเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถต่อการเผชิญการคลอด บทบาทในการให้การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดของพยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดไปด้วยดี

ความหมายการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al, 1981) ได้ให้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม คือ การให้ความใส่ใจดูแลบุคคล 3 ด้านร่วมกัน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านการบริการ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ มีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดหรือความไม่แน่ใจในสถานการณ์ของชีวิต การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน มีดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) เป็นการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ เพื่อให้บุคคลนำไปแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่
2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความใกล้ชิด ผูกพัน การทำให้เกิดความไว้วางใจ และเกิดความเชื่อใจต่อบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกถึงความรักความเอาใจใส่ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากคนคุ้นเคยไม่ใช่คนนอกหรือคนแปลกหน้า
3. การสนับสนุนด้านการบริการ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง การให้บริการด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง รวมไปถึงการได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการของบุคคลหรือแม่แต่งงานบ้านหรืองานในชีวิตประจำวันด้วย

ฮันเตอร์ (Hunter, 2002) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด หมายถึง การอยู่ด้วยกับผู้คลอด (being with) และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในด้านต่าง ๆ คือ ด้านร่างกาย ด้านความสุขสบาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีพื้นฐานในการดูแล การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ โดยการสนับสนุนสังคมในระยะคลอดเป็นแนวทางการให้การดูแลแก่ผู้คลอดที่สามารถส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ดีทั้งต่อผู้คลอดและทารก

ฮอดเนตต์ (Hodnett , 2000) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดว่าเป็นการให้การสนับสนุนแก่ผู้คลอด 3 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการบริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้คลอดด้วยรุ่นในระยะคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแผนการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านตามแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al, 1981) ประกอบด้วย ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านการบริการ เพื่อใช้ดูแลผู้คลอดด้วยรุ่นครั้งแรกตั้งแต่ระยะเจ็บครรภ์จนถึงระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ประโยชน์การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด

ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์จะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้มีความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดี เป็นการสร้างความมั่นใจในการคลอด เกิดความรู้สึกไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ดูแล ความรู้สึกเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเอาชนะความกลัวและความลังเลสงสัยเกี่ยวกับการเผชิญความเจ็บปวดของตนเอง ผู้คลอดสามารถเผชิญและปรับตัวต่อกระบวนการการคลอดได้ดี นำไปสู่ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความรู้สึกยินดีและรู้สึกมีความสามารถในการคลอด (Leap, Sandall, Buckland, & Huber, 2010) และการให้การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดทำให้ผู้คลอดเกิดประสบการณ์การคลอดในทางบวก และมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นมารดา นำไปสู่การปรับบทบาทการเป็นมารดาต่อไป รวมถึงทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ผู้คลอดรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีพัฒนาการทางบวกของความเป็นผู้หญิง (บุญทวี สุนทรลัมศิริและคณะ, 2553; Sauls, 2004, 2010)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดโดยการสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และการดูแลความสะอาดสบายพบว่าช่วยให้กระบวนการคลอดเป็นไปตามปกติ ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้ ช่วยลดวิธีการช่วยคลอดที่ไม่จำเป็นลง ได้แก่ การใช้ยาเร่งคลอด การใช้เครื่องมือหรือสูติศาสตร์หัตถการด้วยการใช้เข็ม เครื่องดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Hodnett et al., 2003; Hodnett et al., 2009; Leap et al., 2010) และจากการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านจิตใจในระยะคลอดซึ่งพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Morhason-Bello et al., 2009) นอกจากนี้การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดยังช่วยลดความต้องการการใช้ยาเร่งปวด ผู้คลอดมีความพึงพอใจ และใช้ระยะเวลาในการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (Hodnett et al., 2003; Hodnett et al., 2007; Hodnett

et al., 2009; Sauls, 2002; Treffers et al., 2001) และจำนวนทารกแรกเกิดที่มี Apgar score ที่ 5 นาทีแรกน้อยกว่า 7 คะแนนน้อยกว่าทารกที่มารดาไม่ได้รับการสนับสนุน (Sauls, 2002; Treffers et al., 2001) และยังให้ผลลัพธ์ที่ดีเกี่ยวกับระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลและภาวะซึมเศร้าที่ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด (Hodnett et al., 2002) การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการให้การสนับสนุนตั้งแต่ระยะเริ่มเจ็บครรภ์ ซึ่งไม่มีผลเสียหรือผลข้างเคียงใด ๆ (Hodnett et al., 2003; Hodnett et al., 2009)

นอกจากนี้จากการศึกษาการให้การดูแลสนับสนุนแบบตัวต่อตัวจากพยาบาลต่อผู้คลอดแบบต่อเนื่องในระยะคลอด พบว่า ช่วยให้ผู้คลอดมีความต้องการการใช้ยาคลอดน้อยกว่า รับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเองและการแสดงออกในการคลอดได้ดีกว่า (Hodnett & Osborn, 1989; Leap et al., 2010) และจากการศึกษางานวิจัยเชิงทดลอง 12 งานวิจัยพบว่าการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีประโยชน์มาก สามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) (Scott et al., 1999) ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก (Leap et al., 2010; Hodnett et al., 2007) เพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอดและให้นมมารดาอย่างเดียวยาวนานขึ้น ลดอาการซึมเศร้าในระยะหลังคลอด ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า และเพิ่มสายสัมพันธ์ของมารดาและทารกได้เป็นอย่างดี (Scott et al., 1999)

ถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดจำนวนมาก แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้คลอดวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างแผนการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้การดูแลผู้คลอดวัยรุ่น โดยให้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านตามแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981)

การสนับสนุนทางสังคมในผู้คลอดวัยรุ่น

ผู้คลอดวัยรุ่นมีความต้องการการสนับสนุนดูแลเป็นอย่างมาก (Arthur, Unwin, & Mitchell, 2007) โดยเฉพาะผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอดนับเป็นประสบการณ์แรก จึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนให้สามารถเผชิญกับการคลอดได้ดีขึ้น (Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010) การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดเป็นการดูแลที่สำคัญ การให้การสนับสนุนในระยะคลอดที่เพียงพอจะเป็นประโยชน์และให้ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ดี (ศศิธร มณีแสง, 2538; Sauls, 2004; 2010) และสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะให้การดูแลผู้คลอดนั้นควรมีความตั้งใจและจริงจังในการดูแล เห็นว่าการเป็นผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ต้องการให้การช่วยเหลือ ดังนั้นการสร้างคาม

เข้าใจที่จะให้การดูแลผู้คลอดด้วยรูน้นนั้นจึงสำคัญมาก เพราะผู้คลอดด้วยรูน้นจะมีความต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษเป็นเฉพาะรายบุคคล (Wahn et al., 2007)

ผู้คลอดด้วยรูน้นต้องการได้รับการตอบสนองทั้งด้านการรับรู้และความคาดหวังต่อการคลอด สิ่งสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือ คือ ผู้คลอดด้วยรูน้นสามารถเผชิญต่อกระบวนการคลอด และมีประสบการณ์การคลอดทางบวก (Bower, 2002; Reeder, Martin, & Koniak-Griffin, 1997; Sauls, 2010) ผู้คลอดด้วยรูน้นสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ (Sauls, 2010) แต่การให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้คลอดด้วยรูน้นโดยทั่วไปยังเป็นการดูแลที่ไม่มีความแตกต่างจากผู้คลอดด้วยผู้ใหญ่ การสนับสนุนเฉพาะรายบุคคลยังมีน้อย ซึ่งการสนับสนุนดูแลผู้คลอดด้วยรูน้นควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม และมีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหา หรือมีกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการ พยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องให้คำอธิบายในระยะคลอดถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติและสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งช่วยป้องกันความกลัวและวิตกกังวลในระยะคลอดได้ และมีการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจ (Leifer, 2008) รวมถึงให้การสนับสนุนดูแลต่อเนื่องด้วยพยาบาลคนเดียวกันไปตลอดจนถึงสิ้นสุดระยะคลอด (Reeder et al., 1997; Hodnett et al., 2009)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด

การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดเป็นการให้การดูแลช่วยเหลือผู้คลอดที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดและโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ (Sauls, 2006) ซึ่งแต่ละการศึกษา มีการสนับสนุนหลายด้านแตกต่างกัน การศึกษาของฮอดเนทท์ (Hodnett, 1996) กำหนดการสนับสนุนในระยะคลอดเป็น 5 ด้าน คือ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านความสุขสบาย ด้านการพิทักษ์สิทธิ์ และด้านการสนับสนุนจากสามี ส่วนการศึกษาของมิลท์เนอร์ (Miltner, 2000) และฮอดเนทท์ (Hodnett, 2000) ได้กำหนดการสนับสนุนในระยะคลอดโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูล/การให้คำแนะนำ ด้านอารมณ์และด้านสิ่งของ/การบริการ และจากการศึกษาของเอดามส์และเบนชี (Adams & Bianchi, 2008) แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูล หรือการสอน ด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและด้านการพิทักษ์สิทธิ์ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของซอลส์ (Sauls, 2006) สรุปการสนับสนุนในระยะคลอดโดยบุคลากรทางสุขภาพ มีหลักการในการดูแล 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการและด้านการพิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งจากการศึกษาทั้งหมดที่มีการเลือกแนวทางการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในระยะคลอด แม้จะมีความแตกต่างชนิดของการสนับสนุนต่างก็พบว่าผลลัพธ์ต่อผู้คลอดและทารกอย่างมาก แต่ถ้าหากมีการเลือกใช้เพียงด้านใดด้านหนึ่งจะให้ผลลัพธ์ของการดูแลที่ด้อยกว่าการใช้หลายด้านร่วมกัน (Adams & Bianchi, 2008)

สำหรับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดที่มีการใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al, 1981) มาใช้ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด คอลลิสเตอร์ (Callister, 1993) ให้เหตุผลว่าที่เลือกใช้เพราะในการคลอดเป็นภาวะหรือสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก มีผลต่อด้านจิตใจ ดังนั้นการเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะจะตรงกับความต้องการของผู้คลอดในระยะคลอด นอกจากนี้การศึกษาของไบรแอนตันและคณะ (Bryanton et al., 1994) คอร์เบตต์และคอลลิสเตอร์ (Corbett & Callister, 2000) ที่ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของหรือการบริการ มาเป็นแนวทางการปฏิบัติการดูแลและสนับสนุนผู้คลอดในระยะคลอด พบว่า การให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารก ผู้คลอดรู้สึกมีความมั่นใจและมีความสามารถในตนเอง เฝอญความเจ็บปวดและเหตุการณ์ในระยะคลอดได้เหมาะสม มีความพึงพอใจเกี่ยวกับการพยาบาลที่ได้รับ

จากการทบทวนเอกสารการสนับสนุนในระยะคลอดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งการสนับสนุนในระยะคลอดของพยาบาลเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการบริการ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) เป็นการสอน การอธิบาย และให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้คลอดนำไปปฏิบัติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะคลอด และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ว่าถูกต้องหรือไม่ มีผลอย่างไร การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่

- 1) กระบวนการคลอดซึ่งจะอธิบายถึงความหมายของการคลอดปกติ กลไกการคลอด
- 2) การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตัวในระยะเจ็บครรภ์ ระยะเบ่งคลอด ระยะคลอดรก และระยะพักฟื้น
- 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก ความก้าวหน้าของการคลอด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น (Cheung, Ip, & Chan, 2007) และ 3) การปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง ได้แก่ การใช้เทคนิคการหายใจแบบ slow-chest breathing คือการหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ ขณะมดลูกหดตัว (Adams & Bianchi, 2008)

เมื่อผู้คลอดมีความเจ็บปวดมากขึ้นส่งผลให้ร่างกายและจิตใจมีความตึงเครียดมากขึ้น ด้วย ระบบประสาท sympathetic จะถูกกระตุ้นให้ร่างกายมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น การ

หายใจเร็วขึ้น และกล้ามเนื้อมีความตึงเครียด การหายใจเข้าออกช้า ๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหลับตาพักจะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกผ่อนคลายได้ (Brich, 1986) และให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างง่ายบริเวณที่มีการเกร็งให้คลายลงในท่านั่งและท่านอนด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน โดยการบอกผู้คลอดหรืออาจใช้มือจับบริเวณนั้นให้ค่อย ๆ คลายตัวจากการสังเกตเห็นว่าผู้คลอดมีการเกร็ง ได้แก่ ขมวดคิ้ว กัดฟัน ไขว่หน้าบึ้ง ก้ามือ เกร็งแขน เกร็งไหล่ เกร็งขา จิกปลายเท้า และคอยติดตามให้การดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการคลายกล้ามเนื้อบริเวณที่มีการเกร็งต่อเนื่องโดยเฉพาะขณะมดลูกหดรัดตัว (Simkin, 2002) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผ่อนคลายความปวดที่เกิดจากการตอบสนองด้านกายและอารมณ์ ผ่อนคลายจากการเกร็งของกล้ามเนื้อจากความวิตกกังวลที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ช่วยลดวงจรความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี (เจือกุลธนารมณ, 2546) เป็นการช่วยให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกผ่อนคลายความเจ็บปวด ควบคุมตนเองได้และเผชิญกับความเจ็บปวดได้เหมาะสม (Adams & Bianchi, 2008; Sauls, 2006)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในระยะคลอดพบว่า การให้ข้อมูลเป็นการสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อการคลอด (Bowers, 2002) โดยการบอกข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอด การอธิบายแผนการรักษา บอกสิ่งที่จะให้การพยาบาลและผลการตรวจ เช่น การตรวจสถานะของทารกในครรภ์ เป็นต้น (Adams & Bianchi, 2008; Waldenstrom et al., 2004) การบอกเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า การบอกเวลา การสอบถามถึงความต้องการของผู้คลอดเป็นระยะ การทบทวนสิ่งที่แนะนำเพื่อให้ผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม (Bowers, 2002) ในระยะที่ 1 ของการคลอดคอยกำกับดูแลให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และระยะที่ 2 การคอยกำกับดูแลการออกแรงเบ่งคลอด (Miltner, 2000) ซึ่งการให้คำอธิบายแก่ผู้คลอดจะช่วยผู้คลอดปฏิบัติตัวได้เหมาะสมและเผชิญการคลอดได้ดีซึ่งควรให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการคลอด (Bowers, 2002) การสนับสนุนด้านข้อมูลนี้จะให้เมื่อครั้งแรกที่รับผู้คลอดด้วยรุ่นไว้ในความดูแลโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความใกล้ชิด ผูกพัน ก่อให้เกิดความไว้วางใจ และเกิดความเชื่อใจต่อผู้ดูแล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกถึงความรัก ความเอาใจใส่ จะทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Sauls, 2006) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การใช้คำพูดและการสัมผัส โดยการใช้คำพูดเป็นการให้กำลังใจด้วยคำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล อ่อนโยน มีความหมายทางบวก ทำให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ ความอุ่นใจ ไว้วางใจผู้ให้การดูแล เช่น “ทำได้ดีแล้ว” “ทำถูกต้องแล้ว” “การคลอดมีความก้าวหน้าขึ้นมาก” เป็นต้น เป็นการชมเชยไม่ตำหนิกล่าวโทษ (Adams & Bianchi, 2008) และ

การสัมผัส การสบสายตา มีท่าทางเป็นมิตร (Adams & Bianchi, 2008; Bowers, 2002) การยิ้ม และการดูแลอยู่ข้าง ๆ เป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อผู้คลอดอย่างมาก ทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับการยอมรับ เกิดความรู้สึกที่ดี มีกำลังใจ ควบคุมตนเองได้ ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญเหตุการณ์ในการคลอดได้ดียิ่งขึ้น การให้กำลังใจว่าการคลอดจะเป็นไปตามปกติ ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกทางบวก (Bowers, 2002) และการสัมผัสในระยะคลอดเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญในการให้การสนับสนุนให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย (Simkin, 1995)

การสัมผัส เป็นการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางบวก เป็นการสื่อสารทางกายอย่างหนึ่งที่แสดงออกถึงความรู้สึกต่าง ๆ ได้แก่ ความรัก ความอบอุ่น ความสุข ความใกล้ชิด ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การสัมผัสมีความหมายรวมถึงความเข้าใจ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเป็นการให้กำลังใจ (Brich, 1986) ซึ่งการสัมผัสจะช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย มีผลให้ร่างกายมีการหลั่ง endorphins ซึ่งเป็นสารธรรมชาติที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจึงส่งผลให้ผู้คลอดรับรู้ถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้น้อยลง (Fischer & Johnson, 1999)

หลักปฏิบัติในการสัมผัสเพื่อการดูแล (ชิคารัตน์ คำบุญ, 2551) ประกอบด้วย

1. ระยะเวลา (duration) ที่เหมาะสมควรอยู่ในช่วง 10-15 นาที
2. ตำแหน่งในการสัมผัส (location) บริเวณต่าง ๆ ของร่างกายจะมีความไวต่อการสัมผัสไม่เท่ากัน เช่น ใบหน้าและมือจะเป็นบริเวณที่มีการรับรู้ความรู้สึกชัดเจน ตำแหน่งที่ได้รับการสัมผัสมากที่สุด ได้แก่ บริเวณมือ หน้าผาก แขน และไหล่
3. การกระทำ (action) คืออัตราหรือความเร็วของการสัมผัส การสัมผัสแบบทันทีทันใดต่อร่างกายจะมีผลให้เกิดแรงต้านทานของกล้ามเนื้อ อาจทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ถูกสัมผัสได้ ในขณะที่การสัมผัสที่ค่อยเป็นค่อยไปจะให้ความรู้สึกที่ดีมากกว่า
4. ความแรง (intensity) การสัมผัสที่มีประสิทธิผลไม่ควรแรงหรือเบาจนเกินไป ควรเป็นการสัมผัสที่มีทั้งความแรงและความเบาที่พอเหมาะสลับกันไป
5. ความบ่อยหรือจำนวนครั้ง (frequency) การสัมผัสจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงและเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจ การสัมผัสประมาณ 5 ครั้งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งข่าวสารได้ดี
6. ความรู้สึก (sensation) การสัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี เห็นอกเห็นใจ เต็มใจจะทำให้ผู้ถูกสัมผัสสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้สัมผัสได้

การสัมผัสขณะให้การดูแลผู้คลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ คือ การสัมผัสด้วยมือบนร่างกายผู้คลอดโดยอาจจะสัมผัสผิวหนังโดยตรงหรือสัมผัสผ่านเสื้อผ้าก็ได้ สำหรับตำแหน่งที่

เหมาะสมในการสัมผัสคือส่วนที่ไม่ทำให้ผู้คลอดรู้สึกถูกล่วงล้ำสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งมีความต่างกันในแต่ละสังคม วัฒนธรรม สำหรับตำแหน่งที่เหมาะสมในการสัมผัสที่ไม่เป็นการกระตุ้นให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เช่น บริเวณมือ แขน ไหล่ หลัง ขา เป็นต้น (Brich, 1986) สำหรับการสัมผัสเพื่อการดูแลที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นการสัมผัสโดยผู้วิจัยด้วยการใช้มือสัมผัสผู้คลอดอย่างมั่นคงและนุ่มนวลจากข้อมือขึ้นไปถึงบริเวณแขนขึ้นลงค่อยเป็นค่อยไปและใช้ความแรงและแผ่วเบาที่เหมาะสมสลับกันไป ในช่วงมดลูกเริ่มหดตัว พร้อมกับพูดกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจแบบ slow chest breathing คือ การหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยให้การสัมผัสขึ้นลงสัมพันธ์กับการหายใจเข้าออกของผู้คลอดจนมดลูกคลายตัว เมื่อมดลูกคลายตัวสิ้นสุดการสัมผัสด้วยการบีบมือเบา ๆ 3-4 ครั้ง เมื่อมดลูกหดตัวใหม่เริ่มให้การสัมผัสพร้อมกับพูดกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจช้าอีกครั้ง รวมระยะเวลาในการให้การสัมผัสประมาณ 10-15 นาที จากนั้นให้การสัมผัสทุกชั่วโมงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด

3. การสนับสนุนด้านการบริการ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายที่ตรงตามความต้องการของผู้คลอด ผู้คลอดที่ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายโดยเฉพาะการทำความสะอาดร่างกายขณะคลอดจะช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกร่างกายสะอาดและสุขสบายขึ้น (อารีย์วรรณ อ่วมตานี และสุชาดา รัชชกุล, 2546) ในการดูแลความสุขสบายร่างกายทั่วไปด้วยการทำความสะอาดของช่องปาก ฟัน โดยการบ้วนปากหรือแปรงฟัน และดูแลป้องกันไม่ให้ปากแห้งโดยอมน้ำแข็ง การจิบน้ำ (Adams & Bianchi, 2008; Bowers, 2002) และการใช้ผ้าเย็นหรือผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่นและสบายขึ้น การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เมื่อเปียกชุ่มจากมูก เลือด หรือน้ำคร่ำ (Perry, 2006) ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลความสะอาดและเปลี่ยนผ้าถุงหรือผ้าที่ใช้รองรับสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากช่องคลอดบ่อย ๆ จะรู้สึกดีขึ้น ความกลัวและวิตกกังวลลดลงจากการเห็นเลือดที่ออกมา (อารีย์วรรณ อ่วมตานี และสุชาดา รัชชกุล, 2546) อีกทั้งการเปลี่ยนผ้าบ่อย ๆ จะช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น เช่น ท่านอนหงายศีรษะสูง ท่านั่งโน้มตัวไปข้างหน้ามีหมอนรองรับ ท่านอนตะแคงศีรษะสูง ท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำที่มีหมอนรองรับแขนและขา ท่านั่งคุกเข่าโน้มตัวไปข้างหน้ามีที่รองรับแขน เป็นต้น การเปลี่ยนท่าเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและมีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น (Simkin, 2002) นอกจากนี้การดูแลให้ผู้คลอดได้มีการพักผ่อนเป็นการไม่ให้ใช้พลังงานโดยไม่จำเป็นซึ่งเป็นสาเหตุของความอ่อนเพลียตามมาได้ (Adams & Bianchi, 2008; Bowers, 2002; Perry, 2006; Sauls, 2006) และการดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างโดยกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง เพราะหากกระเพาะปัสสาวะเต็มอาจจะขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารกได้ และอาจทำให้ความตึงตัวของ

กระเพาะปัสสาวะไม่ดี นำไปสู่การขับถ่ายปัสสาวะลำบากในระยะหลังคลอด (Perry, 2006) ผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์จะมีความต้องการความช่วยเหลือด้านความสุขสบายอย่างมาก ดังนั้นความใส่ใจดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการให้การสนับสนุนดูแลผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก

การสนับสนุนด้านการบริการในการศึกษาครั้งนี้โดยจะให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือทุกระยะของการคลอดตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 ของการคลอด ได้แก่ การส่งเสริมการเปลี่ยนท่าที่สุขสบายทั้งในท่านั่ง ท่านอน ดูแลความสะอาดร่างกายให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่นสุขสบายมากขึ้นด้วยผ้าชุบน้ำเช็ดบริเวณใบหน้า ลำคอ แขน ลำตัว และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เมื่อมีเลือดหรือน้ำคร่ำเปื้อกชุ่มไม่สุขสบาย ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำโดยการจิบน้ำหรืออมน้ำแข็งเพื่อช่วยป้องกันการขาดน้ำ ดูแลให้ผู้คลอดได้นอนหลับพักผ่อนตามความต้องการของผู้คลอดหลังทำกิจกรรมการพยาบาล ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมงให้กระเพาะปัสสาวะว่างไม่ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารกลงมาในอุ้งเชิงกราน การสนับสนุนด้านการบริการดังกล่าวจะทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลาย ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และช่วยให้ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการบริการต่อการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ปฏิบัติทุกชั่วโมงในระยะเจ็บครรภ์จนกว่าปากมดลูกจะเปิดหมด ซึ่งใช้เวลาในการดูแลความสุขสบายประมาณ 5-10 นาที

การสนับสนุนด้านการบริการผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนต่อเนื่องในระยะเบ่งคลอดจนถึงระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยให้การดูแลในระยะเบ่งคลอดเกี่ยวกับการจัดทำในการเบ่งคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด การใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดบริเวณใบหน้า ลำคอและแขนเพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย ช่วยกระตุ้นการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง คอยอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจจนกว่าจะสิ้นสุดการคลอด ระยะคลอดรกรช่วยดูแลจัดทำในการทำคลอดรกร กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายด้วยเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ที่มีการเกร็ง คอยอยู่เป็นเพื่อนและให้กำลังใจจนกว่าจะคลอดรกรเสร็จ และสำหรับระยะพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอดช่วยดูแลความสุขสบายโดยการทำความสะอาดร่างกายทั่วไป ช่วยจัดทำให้ผู้คลอดนอนพัก ใช้หมอนข้างหรือผ้าห่มสำหรับพิงหรือรองรับน้ำหนักส่วนต่างๆ ของร่างกายบริเวณที่ต้องการให้รู้สึกผ่อนคลาย ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารหากผู้คลอดต้องการ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการพักผ่อน และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

การให้การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดทั้ง 3 ด้านดังกล่าวเป็นการให้การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก เมื่อผู้คลอด

วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลอດได้ ส่งผลให้ผู้คลอດมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอດในทางบวก

การรับรู้ประสบการณ์การคลอດของผู้คลอດวัยรุ่น

ในระยะคลอດมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ทั้งเหตุการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอດเองและเหตุการณ์ที่ผู้คลอคมิปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้คลอคจะเกิดการรับรู้หรือรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ที่อาจจะเป็นไปได้ในทางที่ดี มีความพึงพอใจ หรืออาจจะรู้สึกว่าเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้าย ทุกข์ทรมานหรือไม่พึงพอใจก็ได้ (Nystedt, Hogberg, & Lundman, 2005) ซึ่งการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอคจะส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา การสร้างความผูกพันระหว่างมารดาทารก การตั้งครรภ์และการคลอคครั้งต่อไปได้ (Bryanton et al., 2008; Low et al., 2003; Waldenstrom et al., 2004)

ความหมายของการรับรู้ประสบการณ์การคลอค

การรับรู้ประสบการณ์การคลอค หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอค ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไปตามการคาดหวังและความพึงพอใจต่อการคลอค ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอค (Marut & Mercer, 1979)

ประสบการณ์การคลอคเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลที่มีความซับซ้อน และเป็นเหตุการณ์สำคัญของชีวิต (Larkin et al., 2009) ซึ่งเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลอคจะเป็นสิ่งกระตุ้นประสาทการรับรู้ให้ตื่นตัวและส่งกระแสประสาทไปบันทึกที่สมอง ผู้คลอคจะแปลความหมายจากสิ่งเร้าต่าง ๆ โดยการใช้ประสบการณ์ ค่านิยม เจตคติ ความต้องการ และความเชื่อที่มีอยู่เดิมเชื่อมโยงกับสิ่งเร้าที่ได้รับใหม่ออกมาเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอค 2 ทาง คือ การรับรู้ประสบการณ์การคลอคทางบวกและทางลบ (Bryanton et al., 2008; Reeder et al., 1997)

การรับรู้ประสบการณ์การคลอคทางบวก คือการที่ผู้คลอคมีความรู้สึกที่ดีต่อเหตุการณ์ในการคลอค รู้สึกดีใจ ยินดี พอใจ มีความสุข จะมีผลให้ผู้คลอครับรู้เหตุการณ์ในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอคตามความเป็นจริง สามารถควบคุมตนเองในขณะเผชิญกับเหตุการณ์ในการคลอคได้ เห็นว่าการคลอคเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้นหรือท้าทาย (Reeder et al., 1997) รู้สึกว่าการคลอคเป็นกระบวนการปกติตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายสำหรับตนเอง รู้สึกพึงพอใจต่อ

การคลอด (Hodnett et al., 2009) ซึ่งประสบการณ์การคลอดทางบกจะส่งผลให้มารดาและทารกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันได้เร็วขึ้น เกิดประสบการณ์ที่ดีทั้งต่อผู้คลอดและทารก (Sauls, 2004) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ คือการที่ผู้คลอดมีความรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต น่ากลัว ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน รู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่มีพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว รู้สึกผิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และไม่พึงพอใจต่อการคลอด (Bryanton et al., 2008; Nilsson & Lundgren, 2009) ความรู้สึกทางลบของผู้คลอดต่อประสบการณ์การคลอดส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกังวลสงสัย ไม่แน่ใจในความสามารถของตนเองในการคลอดบุตร และเห็นว่าการคลอดเป็นสิ่งที่น่ากลัว (Nilsson & Lundgren, 2009) และประสบการณ์การคลอดทางลบมักจะเกิดในผู้คลอดครรภ์แรก (Waldenstrom, 1999; Waldenstrom et al., 2004) นอกจากนี้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของมารดา มีผลต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดาและเป็นสิ่งขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกด้วย (Sauls, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น พบว่ายังมีการศึกษาวิจัยจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในหัวข้อการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และสิ่งที่วัยรุ่นคาดหวังว่าจะได้รับการดูแล จากการศึกษาของซอลส์ (Sauls, 2010) สรุปการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความน่ากลัว (frightful) และเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวด (painful) ที่จะต้องพยายามผ่านพ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิต (life transition) ไปให้ได้ ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้จะนำไปสู่การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกได้น้อย และอาจกลายเป็นความรู้สึกเจ็บปวดติดค้างในใจตลอดไปได้ การให้การช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์โดยการให้การสนับสนุนในระยะคลอดจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้ดีและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก (บุญทวี สุนทรลัมศิริและคณะ, 2553; Sauls, 2010) ทั้งนี้ผู้คลอดวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (Waldenstrom et al., 2004) ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการที่ทำให้มีการรับรู้ที่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้คลอดทุกคน ซึ่งแต่ละคนจะมีการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด มีดังนี้

1. อายุ จากการศึกษาประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดที่อยู่ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นมีความต้องการการพึ่งพาจากบุคลากรทางสุขภาพมากกว่าและมีความทนต่อ

ความเจ็บปวดน้อยกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Low et al., 2003) และจากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) พบว่า ผู้คลอดวัยผู้ใหญ่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีประสบการณ์ด้านต่าง ๆ มากกว่า ทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย (สุปราณี อัทธเสรี และเขาวลัักษณ์ เสรีเสถียร, 2531) ดังนั้นผู้คลอดที่มีอายุน้อยที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ (Waldenstrom et al., 2004)

2. ระดับความเจ็บปวดในการคลอด การรับรู้ความเจ็บปวดในการคลอดที่รุนแรง (severe pain) เป็นปัจจัยสำคัญที่เสี่ยงต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ ผู้คลอดจะรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ในการคลอดได้ (Waldenstrom et al., 2004)

3. การสนับสนุนทางสังคม ในระยะคลอดหากผู้คลอดได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน (สุพิศ ณ เชียงใหม่, 2533) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ มีความรู้สึกล้มเหลวในตนเองส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ดี (บุญทวี สุนทรลัมศิริและคณะ, 2553; ศศิธร มณีแสง, 2538; Sauls, 2004, 2010)

4. ลำดับการตั้งครรภ์หรือการคลอด การตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือการคลอดครั้งแรก ผู้คลอดจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าการตั้งครรภ์หรือการคลอดครั้งหลัง (Waldenstrom et al., 2004)

5. ระยะเวลาของการคลอด พบว่าระยะเวลาในการคลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด หากมีการคลอดยาวนานจะส่งผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อย ซึ่งจะรับรู้ถึงความรู้สึกเจ็บปวดจากการคลอด เป็นความทุกข์ทรมานที่ได้เผชิญ (สุปราณี อัทธเสรี และเขาวลัักษณ์ เสรีเสถียร, 2531; Nystedt et al., 2005)

6. แผนการรักษาที่ได้รับในระยะคลอด การได้รับยาระงับปวด (epidural analgesia) การชักนำการคลอด (induction) มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมากกว่าทางบวก (Waldenstrom et al., 2004) ซึ่งการได้รับยาเร่งคลอด (oxytocin) จะเป็นการเพิ่มความเจ็บปวด ผู้คลอดจะรู้สึกทุกข์ทรมานในการเจ็บครรภ์และอาจส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดทางลบ (สุปราณี อัทธเสรี และเขาวลัักษณ์ เสรีเสถียร, 2531)

7. วิธีการคลอด การคลอดที่ใช้เครื่องมือหรือสูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดและการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินจะมีผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบ (Waldenstrom et al., 2004) ซึ่งผู้คลอดที่คลอดปกติมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าผู้คลอดที่ผ่าตัดคลอดทางออกทางหน้าท้องเพราะการผ่าตัดทำให้เกิดภาวะเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

มีความกลัวและวิตกกังวลสูงมีผลให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางลบ (สุปราณี อัครเสรี และเขวาลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531) และหากมารดาครรภ์แรกที่คลอดโดยผ่าตัดคลอด ทารกออกทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด (Marut & Mercer, 1979)

8. การสัมผัสบุตรโดยเร็วหลังคลอด มีผลต่อจิตสังคมของมารดาหลังคลอดในทางที่ดี (Mercer, Hackley, & Bostrom, 1983) และการส่งเสริมให้มีการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกหลังคลอด การกระตุ้นให้ทารกได้ดูดนมโดยเร็วในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีผลทางบวกต่อการมีสัมพันธภาพระหว่างมารดา-ทารก และมีผลระยะยาวต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในระยะ 1 ปีต่อมา (Bystrova et al., 2009)

9. สัมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (สุพิศ ณ เชียงใหม่, 2533) และถ้าผู้คลอดอยู่คนเดียว ไม่ได้อยู่ด้วยกับสามีจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบ (Waldenstrom et al., 2004)

10. ลักษณะทางวัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อ เป็นตัวกำหนดบทบาทการเป็นมารดา ในสังคมที่ให้ความสำคัญและยกย่องว่ามารดาเป็นผู้ให้กำเนิดมีผลให้ผู้คลอดในสังคมหรือครอบครัวนั้นรู้สึกว่าการคลอดเป็นสิ่งที่ดี จึงมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี (Callister, Vehvilainen-Julkunen, & Lauri, 1996; Low et al., 2003) ซึ่งประสบการณ์การคลอดและการให้กำเนิดบุตรของผู้หญิงยังมีความแตกต่างหลากหลาย และมีความซับซ้อน ดังนั้นในการดูแลผู้คลอดจึงควรให้ความสำคัญในความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้วย (Larkin et al., 2009)

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคคลและสถานการณ์แวดล้อมในระยะคลอด ดังนั้น การให้การดูแลในขณะที่ผู้คลอดเผชิญกับความเจ็บปวดและกระบวนการคลอดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

ผลกระทบของการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

การรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางลบส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมารดาหลังคลอดโดยตรง โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นจะเกิดปัญหาด้านสภาพจิตใจมากกว่ามารดาผู้ใหญ่ และการมีประสบการณ์คลอดที่เจ็บปวดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและบทบาทการเป็นมารดาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Low et al., 2003) การรับรู้ประสบการณ์ในทางลบมีผลให้การทำหน้าที่หรือปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาเป็นไปในทางลบ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นตามมา และเด็กมักจะไม่ได้ได้รับความอบอุ่นจากมารดา ซึ่ง

ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้มารดาวัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือ การดูแลที่ช่วยป้องกันหรือลดภาวะปัญหาทางจิตใจ ที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Lanzi, Bert, Jacobs, & The Centers for the Prevention of Child Neglect, 2009)

การศึกษาประสบการณ์การเป็นมารดาของวัยรุ่น พบว่า การเป็นมารดาตั้งแต่อายุน้อยหรือยังอยู่ในช่วงของวัยรุ่นนั้นเป็นประสบการณ์ที่มีความยุ่งยากและมีความลำบากในการเลี้ยงดูบุตร และเกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต (East, Slonim, Horn, Trinh, & Reyes, 2009) วัยรุ่นที่มีอายุมากกว่ามักจะมองปัญหาตามความเป็นจริงมากกว่าวัยรุ่นที่อายุน้อย มีทักษะการคิดและมีภาวะทางจิตสังคมที่ดีกว่า รวมถึงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่า ซึ่งมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยมักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุตรของตนเอง มีการเล่นหรือตอบสนองความต้องการของบุตรได้น้อยกว่าวัยรุ่นที่มีอายุมากกว่า (Reeder et al., 1997) ซึ่งหากวัยรุ่นไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้มีประสบการณ์การคลอดที่ดี ไม่มีการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพกับทารกตั้งแต่แรกเริ่มในระยะคลอดจะส่งผลให้มารดาที่พฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสมกับบุตรได้ นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี จะมีความรู้สึกผิดต่อตนเองและครอบครัว รู้สึกเป็นตราบาปในใจ และมีการจัดการกับปัญหาโดยคอยหลบหนีปัญหาที่ต้องเผชิญ มีพฤติกรรมตื่นตัวเมื่อต้องตัดสินใจกับสิ่งที่ทำให้รู้สึกแย่ สำหรับในระยะคลอดมีความรู้สึกที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลที่แตกต่างจากผู้คลอดด้วยผู้ใหญ่ รู้สึกถูกตัดสินว่าผิดปกติหรือแปลกประหลาด (Fessler & Rackham, 2005)

ดังนั้น การดูแลผู้คลอดวัยรุ่นจึงเป็นความยากในการเข้าถึงความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมา หากพยาบาลผดุงครรภ์มีความเข้าใจวัยรุ่นในการเผชิญกับความรู้สึกผิดหรือตราบาปจากการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นและช่วยให้สามารถเผชิญการคลอดไปด้วยดีนั้นนับว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก (Fessler & Rackham, 2005) จะเป็นการช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นสามารถเผชิญเหตุการณ์ในระยะคลอดได้ด้วยดี มีความพึงพอใจต่อการคลอด และมีประสบการณ์การคลอดที่ดีตามมา นำไปสู่การปรับตัวการเป็นมารดาที่ดีในระยะหลังคลอดต่อไป จากหลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่าหากวัยรุ่นมีความสามารถในการรับรู้และมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้ (House, Bates, Markham, & Lesesne, 2010) ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นเกี่ยวกับการคลอดและบทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่นนั้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถช่วยส่งเสริมให้กลายเป็นประสบการณ์การคลอดทางบวกได้ และยังช่วยสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้บทบาทการเป็นมารดาและพัฒนากิจการเป็นมารดาของวัยรุ่นให้เป็นไปได้ด้วยดี และมีความรู้สึกต่อตนเองทางบวก (self-identity) (Sauls, 2010)

การประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด พบว่ามารุตและเมอร์เซอร์ (Marut & Mercer, 1979) เป็นผู้พัฒนาแบบประเมินทัศนคติของผู้คลอดต่อการคลอด นำมาทดลองใช้ในกลุ่มผู้คลอดแล้วปรับปรุงแบบประเมินให้มีความตรงของเนื้อหา จึงได้แบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2530 เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร ได้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอดตามแนวคิดของ มารุตและเมอร์เซอร์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ต่อมา ปี พ.ศ. 2533 สุพิศ ฦ เชียงใหม่ ได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเพิ่มเติมจากแนวคิดของ มารุตและเมอร์เซอร์ เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 31 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินด้านความกลัวความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไปตามการคาดหวัง และความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด โดยไม่ได้มีการแยกข้อคำถามเป็นรายด้าน และแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามจากการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 รายมีค่าเท่ากับ .81 และมีผู้นำมาใช้ต่ออย่างแพร่หลาย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของ สุพิศ ฦ เชียงใหม่ (2533) ประเมินผู้คลอดด้วยรุ่นครั้งแรกในช่วงพักฟื้น 2 ชั่วโมงหลังคลอด ก่อนย้ายไปตึกหลังคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกในระยะคลอดจะมีการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดที่รุนแรง มีความทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดได้น้อย และมีการเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดไม่เหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดเป็นวิธีการดูแลที่จะช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกสามารถเผชิญการคลอดได้ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตัวในแต่ละระยะของการคลอด และการปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการใช้คำพูดให้กำลังใจและการสัมผัสเพื่อการดูแล ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ เกิดความอบอุ่นใจและสุขสบาย นำไปสู่การเผชิญการคลอดที่ดี และการสนับสนุนด้านการบริการเป็นการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายโดยการเปลี่ยนท่าทาง การดูแลความสะอาดร่างกาย อาหารและน้ำ การพักผ่อน และการจับถ่ายปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดความสุขสบาย การสนับสนุนทางสังคมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดระยะคลอด คาดว่าจะช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกมีระดับความเจ็บปวดลดลง สามารถเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดได้ดีขึ้นส่งผลให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก