การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดกับบทบาทของพยาบาลในมิติใหม่

จงลักษณ์ ทวีแก้ว พย.ม.พยาบาลศาสตร์[1]*

กัลยา บัวบาน พย.ม.การผดุงครรภ์[1]

สายพิณ เกตุแก้ว วท.ม. การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร[1]

กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: chong.noo@gmail.com

Vajira Med J. 2019; 63(3) : 231-8

http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2019.17

บทคัดย่อ

ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติที่มีกลไกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากภายในและภายนอกของผู้คลอด แม้ว่า ความเจ็บปวดในระยะคลอดจะเป็นกลไกธรรมชาติ ซึ่งผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ แต่ถ้าไม่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้คลอดเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และทารก โดยการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ซึ่งกลวิธีในการเผชิญความเจ็บปวดเป็นพฤติกรรมหรือวิธีการที่ผู้คลอดตอบสนองต่อความเจ็บปวดจึงมีความแตกต่างกัน จำแนกเป็นกลวิธีทางกาย กลวิธีทางจิต กลวิธีทางจิตวิญญาณ และกลวิธีทางความคิด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด กลวิธีในการเผชิญความเจ็บปวดและบทบาทของพยาบาลในมิติใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด

คำสำคัญ: การเผชิญความเจ็บปวด, ระยะคลอด, บทบาทพยาบาล

Coping with Pain in The First Stage of Labour and The Role of Midwifery in The New Dimension.

Chonglak Taveekaew M.S.N.[1]*
Kalaya Bouban M.S.N.[1]
Saipin Ketkaew M.Sc.[1]

[1] Instructure of Obstetric Nursing Department, Borommarajonnani Nursing Collage, Sanpasithiprasong, Ubon Rachathani, Thailand.

* Corresponding authors, email-address: chong.noo@gmail.com

Vajira Med J. 2019; 63(3) : 231-8
http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2019.17

Abstract

Pain in the labour period is a pain that arises from the natural transformation process that has mechanisms and related factors, both from the inside and outside of the birth, even if the pain in the birth stage is a natural mechanism. Which every child must face, but if unable to handle the pain properly, it affects both the body, the mind, the emotion and the baby. The perception of the pain of each person is different. Classified as physical tactics, mental strategies, mental strategies, spirituality and cognitive strategies. This article aims to explain the mechanism of first stage of childbirth. Factors affecting pain in first stage of childbirth, strategies for coping with pain and roles of midwifery.

Keywords: Coping with labour pain, first stage of labour, Midwifery roles

บทนำ

ความเจ็บปวดในระยะคลอด เป็นความเจ็บปวดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากหญิงตั้งครรภ์เลือกที่จะคลอดเองทางช่องคลอด ทั้งนี้ระดับการรับรู้ความเจ็บปวดของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้แต่ละคนมีรูปแบบการเผชิญความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน ในระยะที่ 1 ของการคลอด คือระยะตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหดรัดตัวของมดลูกอย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดจึงมีความสำคัญต่อกระบวนการคลอด เนื่องจากเป็นผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถผ่านกระบวนการคลอดทางช่องคลอดด้วยตนเองสำเร็จ ดังนั้นการให้การดูแลที่เหมาะสม จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้เหมาะสม และประสบความสำเร็จในการดำเนินการคลอดทางช่องคลอด

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอดที่อยู่ในระยะคลอด เดิมบทบาทพยาบาล คือการเป็นผู้ประเมินความเจ็บปวด ให้ข้อมูลและให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวด บทบาทใหม่ คือ การบูรณาการบทบาทของการเป็นผู้กระทำการพยาบาลกับการเป็นผู้มีส่วนในการสนับสนุน กระตุ้นให้ครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้คลอดต้องการหรือแม้กระทั่งจัดหาสิ่งที่ผู้คลอดต้องการในระยะคลอด ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในกลไกของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและยอมรับกลวิธีในการเผชิญความเจ็บปวดที่ผู้คลอดตอบสนองหรือแสดงออกมาสามารถวางแผนให้การดูแลผู้คลอดให้ผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย โดยเลือกใช้วิธีการรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมให้กับผู้คลอดแต่ละราย

กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด

สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีการกล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องไว้มากมาย[1] จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปทฤษฎีเริ่มต้นการเจ็บครรภ์คลอดโดยแบ่งออกเป็น

1. ทฤษฎีที่อธิบายตามการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ได้แก่

oxytocin stimulation theory ที่เชื่อว่าการเจ็บครรภ์เกิดจากการที่กล้ามเนื้อมดลูกมีความไวต่อ oxytocin ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูกและเจ็บครรภ์คลอด

progesterone deprivation theory เชื่อว่าก่อนการเจ็บครรภ์จะมีการลดลงของ progesterone และทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด

prostaglandin synthesis theory ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าจากการที่ progesterone ที่ลดลงส่งผลและระดับ estrogen ที่เพิ่มขึ้นกระตุ้นให้มีการสร้าง prostaglandin ซึ่ง prostaglandin มีผลต่อปากมดลูกและทำให้มดลูกหดรัดตัว

fetal cortisol theory เชื่อว่า cortisol ที่สร้างจากต่อมหมวกไตของทารกเป็นตัวเริ่มต้นของกระบวนการเจ็บครรภ์ โดยทารกจะมีการสร้าง cortisol มากขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น

2. ทฤษฎีที่อธิบายองค์ประกอบส่งเสริมให้เกิดการเจ็บครรภ์ ได้แก่

uterine stretch theory ที่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายออกมากจนเต็มที่แล้วในระยะท้ายของการตั้งครรภ์แล้วทำให้เกิดการหดรัดตัวตามมา ซึ่งทฤษฎีนี้ใช้อธิบายการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงที่ตั้งครรภ์แฝดด้วย

placental aging theory การที่รกมีการเจริญพัฒนาหลังอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ การไหลเวียนเลือดบริเวณรกลดลง ทำให้รกเสื่อม และผลิต progesterone ลดลง

pressure theory การเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกไปกดที่บริเวณส่วนล่างของมดลูกทำให้มีการหลั่ง oxytocin ส่งผลให้มดลูกมีการหดรัดตัว

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของมดลูก และการลดปริมาณของน้ำคร่ำ[2] ในระยะที่หนึ่งของการคลอดทำให้ผู้คลอดจะมีความเจ็บปวดในขณะที่มดลูกหดรัดตัวและความเจ็บปวดจะคลายลงเมื่อมดลูกมีการคลายตัว โดยอาการเจ็บปวดจะเริ่มต้นที่บริเวณหลังก่อน เมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอดมากขึ้นความเจ็บปวดจะร้าวไปที่บริเวณบั้นเอว หน้าท้องส่วนล่างและหน้าขาทั้งสองข้าง อาการเจ็บปวด

จะเพิ่มมากขึ้นและรุนแรงที่สุดในช่วงท้ายของระยะที่ 1 ของการคลอด[3]

ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์คลอด แบ่งออกเป็นปัจจัยด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงในการหดรัดตัวของมดลูก ด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เคยผ่านมา[4] นอกจากนี้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดก็เป็นอีก 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัว ความวิตกกังวล และความเจ็บปวด ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์มีทั้งทางบวกและทางลบ ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่วงจร fear-pain-tension ที่เชื่อว่าความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดเกิดจากวงจรทั้ง 3 นี้ การลดความเจ็บปวดคือการตัดวงจร fear-pain-tension การลดความความกลัว โดยอาจจะสร้างความคุ้นเคย ให้ความรู้คำแนะนำและกำลังใจกับผู้คลอด หรือลดความเครียดโดยการจัดสถานที่สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้ผ่อนคลาย อาจใช้เสียงดนตรีที่ผ่อนคลาย กลิ่นน้ำมันหอมระเหย หรือใช้แสงที่พอเหมาะกับการพักผ่อน[4] ซึ่งในการเกิดวงจรไม่สามารถระบุได้ว่าความกลัว กับความเครียด ปัจจัยใดจะเกิดขึ้นก่อนหลัง แต่ทั้งสองปัจจัยนี้ส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดสูงขึ้น มีการศึกษาที่พยายามศึกษาวิธีการลดหรือตัดวงจรนี้ เพื่อเป้าหมายในการลดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

ดังที่กล่าวว่า การเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดขึ้นมาจากหลายสาเหตุ ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีการเจ็บครรภ์คลอดมากกว่า 1 ทฤษฎี การเจ็บครรภ์คลอดของแต่ละคนไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเจ็บครรภ์คลอดเดียวกัน[2] แต่ทุกทฤษฎีส่งผลให้มีการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด กลไกที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดมี 2 กลไกใหญ่ๆ กลไกแรก คือ เมื่อมดลูกมีการหดรัดตัวจะทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณมดลูกลดลงกล้ามเนื้อมดลูกจึงขาดออกซิเจน เกิดความเจ็บปวดขึ้น ส่วนอีกหนึ่งกลไกคือ เมื่อมดลูกมีการหดรัดตัว ทำให้มดลูกส่วนล่างถูกดึงรั้งปากมดลูกจึงบาง และเริ่มเปิดขยาย ทำให้ศีรษะหรือส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมากดบริเวณปากมดลูกและอุ้งเชิงกรานเส้นประสาทบริเวณดังกล่าวจึงถูกกดทับ ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้คลอดแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวด ผู้คลอดแต่ละคนจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเจ็บปวด และประสบการณ์ในการเผชิญความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ซึ่งการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคลและระยะของการคลอด แต่ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นสามารถเตรียมวิธีการจัดการได้ล่วงหน้า และความเจ็บปวดนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อทารกคลอด[5]

ถึงแม้ว่าความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติ แต่ในผู้คลอดบางรายที่มาคลอด กลับถูกกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดด้วยเหตุผลทางการแพทย์ เช่น การตั้งครรภ์เกินกำหนด การติดเชื้อ การเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมที่เป็นสาเหตุให้ต้องยุติการตั้งครรภ์ หรือแม้แต่การเสริมแรงการเจ็บครรภ์ให้มากขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีระยะเวลาการรอคลอดที่เหมาะสม ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล กลัวการรักษาที่ได้รับ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม ทั้งการร้องเอะอะโวยวาย การด่าทอสามีหรือผู้ดูแล การร้องขอไปผ่าตัดคลอด การนิ่งเงียบไม่ตอบสนองต่อการให้การพยาบาล ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล

ความเจ็บปวดกับผลกระทบในระยะคลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอดนอกจากทำให้ผู้คลอดไม่สุขสบายแล้วยังทำให้เกิดความกลัว ความเครียดและมีผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์รวมทั้งทารกในครรภ์ ดังนี้

1.ผลกระทบด้านร่างกายผู้คลอด ความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับการใช้เวลาคลอดที่ยาวนาน การคลอดผิดปกติ การคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ การคลอดยาก รวมทั้งอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น จากการวิจัยของ Laursen และคณะ6 โดยการสัมภาษณ์สตรีตั้งครรภ์ชาวเดนมาร์ก ระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2546 พบว่าสตรีที่มีความกลัวต่อการคลอดในช่วงต้นและช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเป็น 1.23 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 1.05 – 1.47) และ 1.32 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่น

ที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 1.13 – 1.55) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีความกลัว ในขณะที่สตรีที่มีความกลัวต่อการคลอดทั้งในช่วงต้นและช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเป็น 1.43 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 เท่ากับ 1.013 – 1.80)[6,7] เนื่องจากความเจ็บปวดจะกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานมากขึ้นส่งผลให้ประสิทธิภาพในการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง[8] นอกจากนี้ผู้คลอดจะมีอัตราการหายใจที่เร็วขึ้นจนเกิดภาวะ Hyperventilation ร่วมกับภาวะหายใจเป็นด่าง เกิดการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า และอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น มีผลต่อการทำงานของหัวใจ หากผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับโรคหัวใจอาจเกิดภาวะหัวใจวายได้[3]

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ความเจ็บปวดทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล กลัว เศร้า โกรธ รู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัยจากการคลอด ไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้[9] นอกจากนี้ผู้คลอดอาจจะแสดงความเจ็บปวดโดยการร้องไห้ ร้องครวญคราง หรือเอะอะโวยวาย ไม่ยอมทำตามคำแนะนำ ผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดรุนแรงมากจะส่งผลให้เกิดความท้อแท้ไม่ต้องการเชิญความเจ็บปวดมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอดและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและกลัวการคลอดครั้งต่อไป[3]

3. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดมากย่อมส่งผลต่อทารกในครรภ์ เนื่องจากความเจ็บปวดที่รุนแรงมากจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูกและเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกและรกส่งผลต่อการนำออกซิเจนจากรกไปสู่ทารกผลคือ ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ได้ [3]

การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

กลวิธีการเผชิญความเจ็บปวด หมายถึง ความคิดหรือพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการความปวดหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่อความปวด[10] กลวิธีการเผชิญความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนและหลากหลายมิติ ทั้งทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม[11] ดังนั้นกลวิธีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดจึงหมายถึง วิธีการพฤติกรรม หรืออารมณ์ที่ผู้คลอดแสดงออกเพื่อตอบสนองต่ออาการเจ็บปวดในระยะคลอด แบ่งเป็น

1. กลวิธีทางกาย ได้แก่ การหายใจ การเดิน การเคลื่อนไหว การสัมผัส การคว้าสิ่งของแล้วบีบ การนอน

2. กลวิธีทางจิต ได้แก่ การกรีดร้อง การร้องไห้ การเตรียมใจ

3. กลวิธีการจิตวิญญาณ ได้แก่ การสวดมนต์ การอ่านคัมภีร์ ความเชื่อมั่นในพระเจ้า

4. กลวิธีทางความคิด ได้แก่ การปฏิบัติตามคำบอก การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการ

กลวิธีการเผชิญความเจ็บปวดยังแบ่งออกเป็นกลวิธีทางด้านบวกและด้านลบ หรือพฤติกรรมการแสดงออกที่ตอบสนองอย่างเหมาะสมกับไม่เหมาะสมโดยการประเมินรูปแบบของพฤติกรรมที่แสดงออกต่อความเจ็บปวด[12] พบว่ากลวิธีการเผชิญความเจ็บปวดที่ผู้คลอดเลือกใช้หรือแสดงออกมากที่สุด คือกลวิธีทางกาย ได้แก่ การสูดหายใจลึกๆ การเคลื่อนที่เดินไปมา รองลงมาคือกลวิธีทางจิต คือ การกรีดร้อง การร้องครวญคราง ซึ่งผู้คลอดส่วนใหญ่ใช้กลวิธีในการเผชิญความเจ็บปวดมากกว่าหนึ่งวิธี และกลวิธีการเผชิญความเจ็บปวดที่ผู้คลอดเลือกใช้มากที่สุดคือกลวิธีทางกาย[13] ได้แก่ การหายใจช้าลึก ส่วนปัจจัยด้านอายุที่แตกต่างกันของผู้คลอดยังมีผลต่อการใช้กลวิธีการเผชิญความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้คลอดที่มีอายุน้อยกว่ายี่สิบปีมีการรับรู้วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ดีที่สุดในการเผชิญความเจ็บปวดคือการมีพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคคลสำคัญอยู่เป็นเพื่อน แต่ในผู้คลอดที่อายุมากกว่ายี่สิบปีที่รับรู้ว่าการอดทนทำเพื่อลูก การทำจิตใจให้สงบเป็นวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ดีที่สุด นอกจากนั้นด้านการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยวัดเป็นค่าคะแนนพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลโดยการนวดร่วมกับวิธีการประคบร้อนทำให้ผู้คลอดมีค่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีมีพฤติกรรมที่เหมาะสม[14] การดูแลผู้คลอดตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[15]ทำให้ผู้คลอดมีคะแนนการควบคุมตนเองในระยะคลอดได้ดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลรูปแบบดังกล่าว ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กลวิธีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดที่ในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ การรับรู้ และปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม กลวิธีการเผชิญ

ความเจ็บปวดของผู้คลอดในแต่ละวัฒนธรรมก็มีความแตกต่างกัน พยาบาลผู้ดูแลในระยะคลอดจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจและยอมรับในรูปแบบการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดภายใต้บริบทที่แตกต่างกันออกไปของผู้คลอด

บทบาทของพยาบาลในมิติใหม่กับการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด

บทบาทของพยาบาลมิติใหม่ หมายถึง บทบาทที่พยาบาลให้การพยาบาลครอบคลุมทุกๆ ด้าน พิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับความแตกต่างของผู้คลอด มีการประเมินความต้องการของผู้คลอด และจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอด ซึ่งแตกต่างจากบทบาทของพยาบาลแบบดั้งเดิมที่ให้การพยาบาลผู้คลอดเหมือนกันทุกรายโดยพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลค่อนข้างน้อย

ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดจึงเป็นการดูแลในระยะคลอดโดยการส่งเสริมให้เกิดกลวิธีเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เหมาะสมของผู้คลอด บทบาทของพยาบาลที่มีส่วนในการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่พบ ได้แก่

1. การเป็นผู้ให้ความรู้ในด้านการเตรียมตัวคลอดตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะต่างๆ ของการคลอด การฝึกการหายใจเพื่อเตรียมคลอด การฝึกกล้ามเนื้อ ดังที่พบในการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับบทบาทการให้ความรู้ในการลดความเจ็บปวดด้วยตนเองในขณะรอคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก ซึ่งในการศึกษาพบว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับความรู้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้[16] การให้ความรู้และการสนับสนุนทางด้านจิตใจมีผลในการลดอัตราการผ่าตัดคลอดสำหรับผู้คลอดครรภ์แรกที่มีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรง[17] การให้ความรู้ การสนับสนุนทางด้านจิตใจจึงเป็นกระบวนการที่สามารถตัดวงจรแห่งความกลัวที่จะทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการเผชิญการคลอดที่เหมาะสม สามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้ตามธรรมชาติ

2. การเป็นผู้สนับสนุนและเสริมสร้างความมั่นใจในระหว่างคลอด เช่น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้คลอด การอยู่เป็นเพื่อน เปิดโอกาสให้ญาติหรือบุคคลสำคัญเข้ามาช่วยดูแล การเป็นผู้จูงใจในระหว่างคลอด การใช้กระบวนการเสริมสร้างความมั่นใจและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลผดุงครรภ์ทำให้ผู้คลอดรู้สึกมั่นใจและผ่านความท้าทายของการเจ็บครรภ์ เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์พยาบาลผดุงครรภ์ทำให้ผู้คลอดรู้สึกสงบลงได้ การใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดที่บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมต่อประสบการณ์ของผู้คลอดที่พบว่าการให้การพยาบาลตามกระบวนการคลอดเป็นระยะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในทางบวก[15] การใช้โปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดเพื่อลดความเครียดและความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรก[17]พบว่า ผู้คลอดมีความเครียดและความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมและมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในด้านการเป็นผู้สนับสนุนและเสริมสร้างความมั่นใจในระหว่างคลอด หลักการสำคัญในการพยาบาลความเจ็บปวดในระยะคลอดที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการยอมรับไม่ใช่การทำให้เกิดความกลัว ซึ่งในการให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดเป็นการส่งเสริมผู้คลอดให้สามารถเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญความเจ็บปวดทั้งทางกาย ทางจิตและทางอารมณ์อย่างเหมาะสมโดยสามีเป็นผู้ร่วมประสบการณ์เผชิญความเจ็บปวด และการสนับสนุนผู้คลอดในระหว่างการเจ็บครรภ์โดยผู้คลอดที่มีผู้ดูแลที่ร่วมแบ่งปันประสบการณ์เป็นบุคคลใกล้ชิดมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่คลอดเพียงลำพัง[18]

3. การเป็นผู้ช่วยลดความเจ็บปวดในระหว่างรอคลอดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การนวด การประคบร้อน เย็น การสะกดจิต การลูบสัมผัส การนวดโดยใช้อุปกรณ์จากภูมิปัญญาไทยเพื่อลดความปวดจากการคลอด[19] ที่มีการใช้อุปกรณ์นวดจากภูมิปัญญาไทยเปรียบเทียบกับการนวดด้วยมือในระยะรอคลอดพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการนวดด้วยอุปกรณ์มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าและมีความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่า ซึ่งสอดคล้องการกลไกความเจ็บปวดเกี่ยวกับทฤษฎีควบคุมเปิดปิดประตูเป็นการตอบสนองต่อกลวิธีการเผชิญความเจ็บปวดทางกายของผู้คลอด การใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อความเจ็บปวดและการใช้เวลาในระยะปากมดลูกปิดเร็วที่พบว่าผลของคะแนนความปวดไม่แตกต่างกันแต่การใช้ระยะเวลาในการคลอด

ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วผู้คลอดที่ใช้ท่าผีเสื้อประยุกต์มีการใช้เวลาน้อยกว่า[20] ซึ่งเป็นกลวิธีในการเผชิญต่อความเจ็บปวดทางด้านร่างกายที่พยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้คลอดได้มีการเผชิญกับความเจ็บปวดที่เหมาะสมและทำให้ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง

จากบทบาทของพยาบาลที่กล่าวมาข้างต้นจึงสอดคล้องกับขอบเขตในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในด้านการประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ที่หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การผดุงครรภ์ต่อหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารกแรกเกิดและครอบครัว ในด้านดังต่อไปนี้

1. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด เพื่อปองกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. การตรวจ การทำคลอด และการวางแผนครอบครัว

สรุป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด จึงมีความสำคัญต่อความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในทางบวกหรือทางลบ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในกลวิธีเผชิญความเจ็บปวดที่หญิงตั้งครรภ์ใช้หรือแสดงออกและยอมรับในพฤติกรรมตลอดจนการส่งเสริมให้ใช้รูปแบบการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงในมิติใหม่ คือ บทบาทด้านการเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์ในขณะรอคลอด สอดคล้องกับแนวคิดการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้[17] ที่เน้นการพยาบาลรายบุคคลทำให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านสังคม จิตวิญญาณได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองอย่างต่อเนื่อง หรือในบทบาทการส่งเสริมด้านการใช้กลวิธีทางจิตร่วมกับกลวิธีทางกายโดยการใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวมร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้คลอดฝึกโยคะร่วมกับการฝึกควบคุมสติซึ่งทำให้ผู้คลอดมีการรียนรู้กลวิธีในการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมทำให้ผู้คลอดมีความมั่นใจและรับรู้สมรรถนะแห่งตน[21] ซึ่งเป็นการผสานกลไกการเผชิญความเจ็บปวดทางกาย จิตสังคม จิตวิญญาณและความคิดส่งผลให้ผู้คลอดมีกลวิธีที่ผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม สามารถผ่านพ้นระยะคลอดได้อย่างปลอดภัยและมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด

Reference

1. Phumduang P. Obstetrics and Childbirth. Songkhla.Thailand 2012.
2. Somanusorn M. Obstetrics Nursing Book 2. Nonthaburi.Thailand 2011.
3. Parisanyakun S, Saensiriphan,N. Nursing care during labor. Bangkok.Thailand 2007.
4. Dick-Read G. Childbirth without fear. 2nd ed. London : Pinter & Martin; 2004.
5. Khamsoonthorn B. Effectivencess of implementing clinical practice guidelines for pain management among normal parturients at Chaibadan Hospital, Lop Buri Province [master's thesis]. [Chiang mai]: Chiang Mai University; 2009.
6. Laursen M, Johansen C, Hedegaard M.Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG.2009;116(10):1350-5.
7. Sercekus P, Okumus H. Fears associated with child birthing among nulliparous women in Turkey. Midwifery 2007;25(2):155–62.
8. Charoenwit T, et al. Obstretrics. Bangkok. Thailand 2008.
9. Ananasawat S. Obstetrics Nursing 3rd ed. Bangkok. Thailand 2008.
10. Brown GK, Nicassio PM. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain. 1987;31:53-64.
11. Beutler LE, Moos RH, Lane G. Coping, treatment planning, and treatment outcome: discussion. J Clin Psychol. 2003;59(10):1151-67.

12. Lubna A. Abushaikha. Methods of Coping with Labour Pain Used by Jordanain Women. Journal of Transcultural Nursing 2016;12:35-40.
13. Siriarunrat S, Supasri P, Ross R. Coping Strategies with Labor Pain among First-time Mothers. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2014;22(3):56-68.
14. Klaikham T, Yusamran C, Thananowan N , Phahuwatanakorn W. Effects of Massage and Hot Compress on Labor Pain and Pain Coping Behavior in Primigravidas. Journal of Nursing science. 2013;31 Suppl 2: 38-47.
15. Sriurai S, Subgranon R, Boonyanurak P, Wangsukpisan A. Effect of the Use of Primary Nursing Model That Intergrates Social Support Concept on Birth Experience Perceived by Women during Delivery.Kuakarun Journal of Nursing 2016;23:21-40.
16. Arayajaru P, Serisathien Y, Yusamran C, Phahuwatanakorn W.Impact of a Educating Programme on Teenage First-Time Mothers' Childbirth Anxiety, Pain Levels and Pain-Coping Behaviour. Thai Journal of Nursing Council. 2012; 27(3): 96-108.
17. Sudphet S, Thananowan N, Yusamran C, Neungton C. Impact of a Husband-Assiste First-Stage Labour Programme on Primigravida's Labour-Related Stress, Pain and Satisfaction. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 29(3) 42-54.
18. Iliadou M. Supporting women in labour. HEALTH SCIENCE JOURNAL. 2012;6(3): 385-91.
19. Thongkorn A, Kaownakai J, Rakmaneewong Y, Jaiklang D, Chaiyarat S. Effect of Massage with Thai Wisdom Device on Labor Pain. Journal Science Technology MSU. 2015;34(5)141-51.
20. Duangmani K, Somsap Y, Ingkathawornwong T. Effect of Modified Bhadrasana Pose on Labour Pain and Duration of Active Phase In Parturients. Princess of Narathivas Nniversity Journal. 2017; 9:35-50.
21. Banura KB. Just Breathe:Mindfulness as Pain Management in Pregnancy.International Journal of Childbirth Education. 2018;33: 6-10.