

อุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอด^๑

ศศิธร พุมดวง¹

Abstract:

Barriers and problems in labor pain management

Phumdoung S.

Obstetric Gynecological Nursing and Midwifery Department, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2005;23(1):53-59

This article presents an analysis of problems in labor pain management from literature and research review. Four main causes of barriers and problems in labor pain management are the nature of the childbirth, services/health personnel/hospital policy, maternal factors, and environmental factors. Suggestions on those problems were raised. Problems in labor pain management are important and need to be solved.

Key words: labor pain, pain, pain management problems, ineffective pain management, pain management barriers

บทคัดย่อ:

บทความนี้ได้้นำเสนอการวิเคราะห์ปัญหาในการลดปวดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย กล่าวได้ว่าปัจจัยอุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอดแบ่งได้เป็น 4 ประการหลักคือ 1) ธรรมชาติการปวดในระยะคลอด 2) ลักษณะการบริการ เจ้าหน้าที่

^๑เสนอในการประชุมวิชาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน "การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ" ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 28 พฤษภาคม 2547

¹Ph.D., RN., อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 3 มิถุนายน 2547 รับลงตีพิมพ์วันที่ 19 พฤศจิกายน 2547

และนโยบายของโรงพยาบาล 3) ปัจจัยด้านมารดา และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ควรได้รับการแก้ไข

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์, ความปวด, ปัญหาการลดปวด, อุปสรรคการลดปวด

บทนำ

ความปวดในระยะคลอดเป็นความปวดที่รุนแรง ส่วนใหญ่เกิดจากการหดตัวของมดลูกและการถ่างขยายของปากมดลูก รวมทั้งปวดจากการตั้งรังของเอ็นที่ยึดบริเวณมดลูกและอุ้งเชิงกรานและการถูกกดของช่องทางคลอด ความปวดมีทั้งปวดในขณะที่มดลูกหดตัวหรือปวดตลอดเวลา¹ นอกจากนี้ความปวดในระยะคลอดอาจเกิดจากการกระตุ้นการคลอด การใช้เทคโนโลยีการตรวจภายใน และธรรมชาติของเวลาในระยะคลอดหลายชั่วโมง ความปวดจากปัจจัยเหล่านี้มีผลให้มารดามีความไม่สุขสบาย ดังนั้นการวิเคราะห์เกี่ยวกับอุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอดจะช่วยให้เกิดการแก้ไขการดูแลลดปวดแก่มารดาได้ดีขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยและการวิเคราะห์สถานการณ์ สามารถแบ่งอุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอดได้ 4 ประการหลักคือ 1) ธรรมชาติของการปวดในระยะคลอด 2) ลักษณะการบริการ เจ้าหน้าที่และนโยบายของโรงพยาบาล 3) ปัจจัยด้านมารดาในระยะคลอด และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1. ธรรมชาติของการปวดในระยะคลอด

ความปวดที่รุนแรงในระยะคลอดจะเป็นปัจจัยขัดขวางการใช้วิธีลดปวดของมารดา² เนื่องจากความปวดในระยะคลอดเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น จากการยืดและฉีกขาดของเนื้อเยื่อ การขาดออกซิเจน และระยะเวลาของความปวดหลายชั่วโมง รวมทั้งความปวดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{3, 4} โดยทั่วไประยะเวลาของการเจ็บครรภ์นานหลายชั่วโมง ทำให้มารดาอ่อนล้ามาก ความทนทานต่อความปวดลดลง นอกจากนี้ความปวดยังมาจากการตรวจภายใน การติดเครื่อง fetal monitoring จากการศึกษาในมารดา 89 ราย พบว่าร้อยละ 47 ของมารดาที่ได้รับการตรวจ fetal monitoring มีความเครียดสูง⁵ ซึ่งอาจมีส่วนทำให้มารดาปวดได้มากขึ้น

นอกจากนี้ธรรมชาติของการคลอดไม่สามารถระบุเวลาที่มารดาจะคลอดทราบได้แน่นอน ดังนั้นในกรณีที่ทางแพทย์หรือพยาบาลไม่แน่ใจเกี่ยวกับเวลาสิ้นสุดของการคลอด ถ้าแพทย์มีการคาดการณ์ว่ามารดาน่าจะคลอดเร็วก็มักจะไม่ให้ยาลดปวดแก่มารดา เพื่อลดผลข้างเคียงของยาต่อทารก ซึ่งในบางรายอาจมี

การคลอดช้าทำให้มารดาต้องทนต่อความปวดนาน หรือในทางกลับกันมารดาบางรายได้รับยาแต่คลอดเร็ว การคาดการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากประสบการณ์และความเชื่อของแพทย์และพยาบาลที่อาจไม่มีการใช้ข้อมูลที่เป็นระบบมาพิจารณา รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องลักษณะของมารดาและระยะเวลาในการคลอดยังมีน้อย ดังนั้นควรได้มีการศึกษาเรื่องลักษณะของมารดาที่คลอดเร็ว คลอดช้า และคลอดเป็นปกติ เพื่อได้ข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดูแลเพื่อลดปวดแก่มารดาในระยะคลอดให้เหมาะสมต่อไป

2. ลักษณะการบริการ/เจ้าหน้าที่/นโยบายของโรงพยาบาล

2.1 ลักษณะการบริการ

2.1.1 การขาดการเตรียมมารดาให้พร้อมเพื่อการคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์

ในทางปฏิบัติการเตรียมการคลอดแก่มารดาในระยะตั้งครรภ์ยังไม่สมบูรณ์นัก ทั้งๆ ที่การเตรียมมารดาเกี่ยวกับการคลอดทำให้มารดามีความรู้ มีความมั่นใจ และไม่กังวลเกี่ยวกับการคลอด เพื่อจะได้มีประสบการณ์การคลอดที่ดี⁶ ในประเทศไทยมีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเตรียมมารดาในระยะตั้งครรภ์เพื่อการคลอด เช่น การศึกษาการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดแบบ Lamaze ในระยะที่ 3 ของการตั้งครรภ์ พบว่า มารดามีความปวดในระยะก้าวหน้า (active phase) ของการคลอดในชั่วโมงที่ 1-3 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับความปวดของมารดาในกลุ่มควบคุม⁷ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการเตรียมมารดาเพื่อการคลอดอย่างเต็มรูปแบบยังมีน้อย มารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมการคลอดมักจะมีวิตกกังวลและกลัวต่อการคลอด กลัวสถานที่หรือความคาดหวังที่มีอาจไม่ตรงกับสิ่งที่ได้รับ และส่วนใหญ่มักจะเป็นไปในทางลบ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความปวดของมารดา และในส่วนของเตรียมมารดาควรให้มีการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดตามความเป็นจริง รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกตื่นเต้น ความรู้สึกที่ว่าดีเป็นพิเศษ (wonderful) และความรู้สึกสบายใจ (joyful) ที่จะเกิดขึ้นด้วย เพื่อให้มารดามีการคาดการณ์ที่ดีและมีความรู้สึกถึงความสำเร็จ (sense of accomplishment)⁸ ควรมีการหาวิธีเพื่อส่งเสริมให้มารดาสามารถควบคุมตนเองในระยะคลอดให้มากขึ้น⁹ ช่วยให้มารดาเผชิญกับความปวดได้ดีขึ้น

2.1.2 การจำกัดกิจกรรม

ในระยะที่ 1 ของการคลอดหรือระยะรอคลอด การจำกัดกิจกรรมของมารดาในระยะคลอด เช่น การนอนอย่างเดียวยังทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า ระยะเวลาในการคลอดที่นานย่อมมีผลต่อความเหนื่อยล้าและความเครียด ควรจัดให้มารดามีกิจกรรมตามสมควร และจากการศึกษาพบว่าท่าแนวตั้งช่วยทำให้มารดาในระยะคลอดปวดน้อยกว่าขณะอยู่นอนราบ¹⁰⁻¹² นอกจากนี้จากการวิจัยในมารดา 68 ราย พบว่าการที่มารดา ambulate ช่วยลดระยะเวลาในระยะรอคลอด¹⁴ (first stage of labor)

ในระยะที่ 2 ของการคลอดหรือระยะคลอด มารดาต้องนอนบนเตียงคลอดซึ่งมีขนาดเล็ก และการนอนท่าขบนิ้ว (lithotomy position) ทำให้มารดาไม่สุขสบาย ควรจัดให้มารดาเบ่งคลอดในท่าที่รู้สึกสบายที่สุด เช่น ทำนั่งใช้หมอนหนุนหลาย ๆ ใบ (propped-up sitting) ใช้มือดึงไตเข้าและส่งเสริมการเบ่งคลอดทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว ไม่ควรให้มารดานอนราบ¹⁵ นอกจากนี้การปวดอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในระยะที่ 2 เช่น การปวดบริเวณหลังเนื่องจากมารดานอนในท่าขบนิ้วนาน ๆ ซึ่งควรได้มีการใช้สิ่งรองรับบริเวณหลังของมารดา รวมทั้งควรมีการใช้ฝารองขาหนึ่งเพื่อไม่ให้เกิดการกดทับบริเวณข้อพับเข่า จะช่วยลดการปวดที่ข้อพับและปัญหาการคั่งของเลือดบริเวณขาได้ด้วย¹⁶

2.1.3 การเร่งคลอด (active management)/การใช้เทคโนโลยี

ปัจจุบันมีการเร่งคลอดให้แก่มารดามากขึ้น เช่น การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก วิธีดังกล่าวทำให้เพิ่มความปวดแก่มารดา ดังนั้นจึงควรมีการประเมินการหดตัวของมดลูกและปรับขนาดยาเร่งคลอดให้เหมาะสม และเมื่อปากมดลูกเปิด 5-6 ซม. ควรลดปริมาณยา¹⁷ เนื่องจากระดับของ oxytocin ในเลือดของมารดาจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้มดลูกหดตัวรุนแรง ส่งผลให้มารดาปวดมาก การใช้เทคโนโลยีในระยะคลอดพบว่าในบางครั้งก็ให้ผลกระทบต่ออารมณ์ของมารดาได้¹⁸ เช่น จากงานวิจัยพบว่ามารดาที่ได้รับการระงับความปวดทางไขสันหลังมีความปวดน้อยแต่ความรู้สึกไม่พึงพอใจในการคลอดมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญ¹⁹ จึงควรมีความระมัดระวังในการเลือกใช้ให้เหมาะสม และให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่มารดาต้องการในระยะคลอด²⁰

2.1.4 การประเมินความปวดไม่เหมาะสม

จากการวิจัยพบว่าร้อยละ 49 ของแพทย์และพยาบาลประเมินความปวดไม่สอดคล้องกับมารดาในช่วงที่มารดาปากมดลูกเปิด 3-5 ซม. พบว่าร้อยละ 25 ประเมินความปวดแบบ overestimate และร้อยละ 24 ประเมินความปวดแบบ underestimate²¹

นอกจากนี้การจัดให้ผู้รับบริการทำ self-rating pain มีน้อย²² ซึ่งรวมถึงมารดาในระยะคลอดเช่นกัน ในการประเมินความปวด ควรส่งเสริมให้มีการประเมินโดยใช้ความรู้สึกปวดของมารดา (subjective data) เป็นหลัก และการพิจารณาให้ยาแก้ปวดแก่มารดาควรมีการคาดการณ์ที่แม่นยำถึงความก้าวหน้าของการคลอดร่วมด้วย

2.1.5 การขาดการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวด

ในส่วนของการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในการดูแลมารดาในระยะคลอดของแพทย์และพยาบาลยังไม่มีผู้ศึกษา อย่างไรก็ตามการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในระยะคลอดที่ไม่ครอบคลุมอาจทำให้การดูแลลดปวดไม่สอดคล้องกับความปวดของมารดา มีปัจจัยด้านมารดาหลายประการที่มีผลต่อความปวดในระยะคลอด เช่น อายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การแตกของถุงน้ำ ประวัติการปวดประจำเดือน สัตว์ส่วนของน้ำหนักและส่วนสูง ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดและความปวด ความคาดหวังในการคลอด และปัจจัยด้านจิตสังคมก็มีผลต่อการปวดในระยะคลอดของมารดาได้²³ นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด อาจมีผลให้มารดาเกิดความเครียดได้สูง จึงควรประเมินข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ประกอบเพื่อวางแผนให้การดูแลลดปวดแก่มารดาในระยะคลอด

2.1.6 ปัญหาด้านการให้บริการ

การให้ข้อมูลลดปวดและข้อมูลที่เกี่ยวข้องแก่มารดาในระยะคลอดยังมีน้อย จากการวิจัยในมารดาไทยระยะหลังคลอดจำนวน 200 ราย พบว่าในระยะคลอดมารดาได้รับการบริการพยาบาลน้อยกว่าที่คาดหวังไว้อย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าพยาบาลห้องคลอดจำนวน 58 ราย ได้ปฏิบัติการพยาบาลรวมถึงการดูแลลดปวดน้อยกว่าที่ตนเองคาดหวังไว้อย่างมีนัยสำคัญ²⁴ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการลดงานที่ไม่จำเป็นเพื่อให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอในการให้บริการมารดา

ผลการวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่มารดา รวมถึงการให้บริการที่มารดาพึงประสงค์ซึ่งมีผลต่อความปวดของมารดา มีดังนี้ 1) การวิจัยในมารดาชาวอเมริกัน 24 ราย พบว่ามารดามีประสบการณ์การได้รับข้อมูลในระยะคลอดน้อย²⁵ และมารดาต้องการการได้รับข้อมูลที่เพียงพอและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ²⁰ 2) งานวิจัยในมารดาในระยะคลอด พบว่ามารดาต้องการได้รับการลดปวดที่มีประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในหญิงไทยจำนวน 525 ราย ที่พบว่าความพึงพอใจในการควบคุมความปวดมีความสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลที่สม่ำเสมอของพยาบาล และ

ความไว้วางใจในสัมพันธ์ภาพกับพยาบาล²⁶ 3) การศึกษาในมารดาในระยะคลอดชาวไต้หวันจำนวน 50 ราย พบว่าพฤติกรรมของพยาบาลที่ไม่เป็นประโยชน์ คือ การไม่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ร้อยละ 40 การไม่ช่วยเหลือในการลดปวดและท่าที่ไม่อ่อนโยนร้อยละ 16 การไม่ให้ข้อมูลที่เพียงพอร้อยละ 26 รวมถึงการไม่ใส่ใจดูแลมารดาร้อยละ 16²⁷ และ 4) เนื่องจากการปวดในระยะคลอดยังเกิดจากการได้รับการตรวจภายใน จากการวิจัยพบว่าได้รับการตรวจภายในที่น้อยกว่า 3 ครั้ง มีส่วนช่วยทำให้มารดามีความพอใจในระยะคลอด²⁸ ดังนั้นการตรวจภายในควรกระทำตามความจำเป็นเท่านั้น และควรใช้วิธีการอื่นประกอบในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

จากการวิจัยดังกล่าวพบว่ามารดาได้รับการบริการการลดปวดยังไม่เพียงพอ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าควรมีการปรับปรุงเกี่ยวกับการให้บริการลดปวดในระยะคลอด ดังนั้นการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญ และต้องรวมถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้การมีส่วนร่วมซึ่งอาจช่วยด้านจิตใจ และช่วยเพิ่มความรู้สึกการมีอำนาจในการควบคุม (self control) แก่มารดา ทำให้มารดาเรียนรู้เหตุการณ์ต่างๆ ได้ดีและเผชิญกับความปวดในระยะคลอดได้ดี

2.1.7 การใช้วิธีต่างๆ ในการลดปวดยังมีน้อย

การใช้วิธีต่างๆ เพื่อลดปวดยังมีน้อย ถึงแม้มีวิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยาหลายวิธี²⁹ ราคาไม่แพงและไม่เป็นอันตรายก็ตาม การนำมาใช้ยังมีน้อยอยู่ จากการวิจัยในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติพบว่าพยาบาลส่วนหนึ่งคิดว่าการทำสมาธิ (ร้อยละ 2.9) การให้ฟังดนตรี (ร้อยละ 5.8) การใช้กลิ่นบำบัด (ร้อยละ 18.8) และวิธีอื่นๆ เป็นการผิดกฎหมาย³⁰ จากการศึกษาในมารดาชาวอังกฤษ 51 ราย พบว่าจำนวนการใช้วิธีลดปวดหลายวิธีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความปวด ($r = -.38, p < .01$)³ ซึ่งแสดงว่าการใช้วิธีลดปวดหลายอย่างทำให้มารดามีความปวดลดลง

ดังนั้นควรได้มีการใช้วิธีในการลดปวดต่อมารดาในระยะคลอดหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งมีทั้งวิธีใช้ยาและวิธีการลดปวดต่างๆ ที่ไม่ใช้ยา รวมทั้งควรมีการทำวิจัยเพื่อทดสอบวิธีลดปวดต่างๆ และนำผลการวิจัยมาใช้ให้เหมาะสมต่อไป

2.1.8 การนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงานมีน้อย

การนำผลการวิจัยมาเพื่อเป็นแนวทางในการลดปวดในระยะคลอดยังมีน้อยเนื่องจากงานวิจัยมีน้อย³¹ และความยากในการนำสู่การปฏิบัติ³² ขาดการสนับสนุน ไม่เข้าใจในวิธีและผลการวิจัย³³

โดยทั่วไปวิธีลดปวดในระยะคลอดที่ใช้บ่อย คือ การหายใจเพื่อลดปวด อย่างไรก็ตามจากการวิจัยพบว่าให้การมารดาหายใจตามแบบแผนการหายใจเพื่อลดปวด ทำให้มารดาอ่อนเพลียมากในช่วงระยะไม่ก้าวหน้า (latent phase) ของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญ³⁴ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรใช้การหายใจเพื่อลดปวด เมื่อมารดาเข้าสู่ระยะก้าวหน้า (active phase) ของการคลอดแล้ว และจากการวิจัยพบว่ามารดาจำนวนมากไม่สามารถหายใจอย่างมีแบบแผนในการลดปวดได้² ซึ่งข้อมูลเหล่านี้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรได้นำมาเป็นข้อมูลในการให้การดูแลให้เหมาะสม นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าให้การให้มารดาดูกราฟหรือติดตามการหดตัวของมดลูก ช่วยให้มารดามีความปวดลดลงได้^{3, 35} เนื่องจากมารดาสามารถคาดการณ์ความปวดที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นในกรณีที่มารดาได้รับการติดเครื่องตรวจทางหน้าท้อง ควรได้มีการแนะนำมารดาให้ติดตามการหดตัวของมดลูกจากกราฟ นอกจากช่วยเหลือความปวดแล้วอาจช่วยให้มารดารู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้ เป็นการส่งเสริมให้มารดามีความรู้สึกถึงความสำเร็จ ตนเองมีความสามารถ ทำให้มารดามีประสบการณ์ต่อการคลอดดี

2.2 เจ้าหน้าที่

2.2.1 ทักษะคติต่อการคลอด

เจ้าหน้าที่สุขภาพอาจมองว่าการคลอดเป็นเรื่องธรรมดา ทุกคนสามารถผ่านพ้นไปได้ การให้ความสำคัญต่อความปวดในระยะคลอดน้อย จึงอาจมีผลต่อการนำวิธีต่างๆ ในการลดปวดระยะคลอดมาใช้บ้าง นอกจากนี้ท่าทีของเจ้าหน้าที่ที่อ่อนโยน เคารพในการเป็นบุคคลของมารดา ความสม่ำเสมอในการดูแล การให้การยอมรับในพฤติกรรมต่างๆ ของมารดา จะช่วยให้มารดามีกำลังใจ ไม่เครียด ทำให้มารดาเผชิญกับความปวดในระยะคลอดได้ดี

2.2.2 จำนวนเจ้าหน้าที่น้อย

การที่เจ้าหน้าที่น้อยไม่ได้สัดส่วนกับมารดาที่มาคลอด จากการวิจัยในพยาบาล 1,015 ราย ในประเทศออสเตรเลียพบว่าร้อยละ 68 ของพยาบาลให้ข้อมูลว่าการมีเวลาแก่ผู้รับบริการไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคในการลดปวด³⁶ อาจมีผลต่อการให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการของมารดาในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านจิตสังคมได้ไม่เต็มที่จากการวิจัยพบว่ามารดาในระยะคลอดต้องการการดูแลด้านจิตสังคมสูง²⁰ การที่พยาบาลสามารถให้เวลากับมารดามีส่วนช่วยส่งเสริมด้านจิตใจมารดาในระยะคลอดได้มาก³⁷ และมารดามีประสบการณ์การคลอดในทางบวก³⁸ ทำให้มารดาเผชิญกับความปวดได้ดีความปวดลดลง

2.2.3 สัมพันธภาพของพยาบาลและแพทย์

สัมพันธภาพของพยาบาลและแพทย์มีผลต่อการจัดการลดปวดของพยาบาลต่อผู้รับบริการ จากการวิจัยในพยาบาล 1,015 ราย พบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของพยาบาล ให้ข้อมูลว่าปัจจัยบางอย่างที่เป็นอุปสรรคในการลดปวดคือความร่วมมือของแพทย์ในการให้ยาลดปวดไม่เพียงพอ ซึ่งนักวิจัยวิเคราะห์ว่าการปฏิบัติดังกล่าวเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และพยาบาลมีน้อย³⁶ ดังนั้นในการดำเนินการลดปวดที่มีประสิทธิภาพ บรรยากาศการทำงานร่วมกันจึงมีความสำคัญ ควรได้มีการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์และพยาบาล

2.3 นโยบายโรงพยาบาล

นโยบายห้ามญาติเฝ้า สมัยก่อนการคลอดเกิดขึ้นที่บ้าน และเป็นในลักษณะ "women care women" การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม ผลการวิจัยในมารดา 473 ราย พบว่า มารดาที่คลอดที่บ้านมีความปวดน้อยกว่ามารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ³⁹ แต่ปัจจุบันการคลอดเปลี่ยนมาอยู่ที่โรงพยาบาล และมักจะอยู่ภายใต้การดูแลการตัดสินใจของแพทย์ "man control"⁴⁰ ผลการศึกษาในมารดา 109 ราย พบว่าการที่มารดาในระยะคลอดมีญาติเฝ้าได้รับยาลดปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีญาติเฝ้า⁴¹ ดังนั้นการไม่มีนโยบายญาติเฝ้าอาจทำให้มารดาได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมไม่เพียงพอ มีผลให้มารดาขาดกำลังใจ มีความเครียดและความกลัว จึงทำให้การปวดเพิ่มขึ้นหรือการเผชิญความปวดไม่ดี

3. ปัจจัยด้านมารดา

ความล้มเหลวต่อการรับยาแก้ปวดของมารดา จากการวิจัยในพยาบาลจำนวน 120 ราย จากหลายหน่วยในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยขัดขวางการให้ยาแก้ปวด opioid แก่ผู้รับบริการคือ ความล้มเหลวของผู้รับบริการ ซึ่งจัดเป็นปัจจัยที่ 2 รองลงมาจากขาดความรู้และทัศนคติต่อการให้ยาของพยาบาล²² การล้มเหลวเกี่ยวกับการรับยาแก้ปวดในระยะคลอดของมารดาอาจเนื่องจากกลัวผลข้างเคียงของยา นอกจากนี้มารดาไทยมีความเชื่อว่าการทนต่อความปวด ไม่ร้องไห้อวยเป็นการแสดงถึงการมีวุฒิภาวะ⁴² จึงอาจทำให้มารดาแสดงพฤติกรรมความปวดน้อยหรือพยายามบดบังความปวด ซึ่งอาจมีผลทำให้ได้รับการลดปวดจากเจ้าหน้าที่น้อย

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

การมีเสียงดัง แสงสว่างที่จ้า สีของสิ่งแวดล้อม มีผลต่อความปวดและการพักของมารดา สีควรเป็นสีที่เย็นตา เช่น สีเขียว

เชื่อว่าช่วยลดความรู้สึกปวด ส่วนสีจืด เช่น สีแดง ชมพูเข้ม มีผลกระตุ้นการปวด นอกจากนี้ ห้องคลอดที่คับแคบอาจมีผลต่อความรู้สึกเป็นส่วนตัวน้อย มารดาอาจรู้สึกไม่สุขสบายใจที่ต้องมีมารดาอื่น ๆ หรือญาติผู้อื่นที่มาเยี่ยมเห็นตัวเองในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด ซึ่งมารดาบางรายอาจควบคุมความปวดไม่ได้ และอาจรู้สึกเหนื่อย สิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้เกิดความเครียดและการปวดได้เช่นกัน

นอกจากนี้ควรได้มีการคำนึงถึงกลิ่นในห้องคลอด ซึ่งอาจมีกลิ่นเลือด น้ำคร่ำ ควรจัดห้องให้มีการระบายอากาศและการทำความสะอาดที่ดี หรืออาจมีการใช้กลิ่นบำบัดจากวัสดุธรรมชาติ ดังนั้นจึงควรมีการจัดการด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดให้เหมาะสม จะช่วยเพิ่มความสุขสบาย และลดความทุกข์ทรมานจากความปวดของมารดาในระยะคลอดได้

สรุป

จากที่กล่าวมานี้ อุปสรรคและปัญหาในการลดปวดมีหลายประการทั้งด้านธรรมชาติของการปวดในระยะคลอด การให้บริการ เจ้าหน้าที่และนโยบายของโรงพยาบาล ปัจจัยด้านมารดาและสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ และควรมีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการลดปวดแก่มารดาในระยะคลอด รวมทั้งควรได้มีการทำการวิจัยและนำผลการวิจัยมาพัฒนามาตรฐานในการลดปวดแก่มารดาในระยะคลอดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Melzack R, Schaffelberg D. Low-back pain during labor. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:901-5.
2. Niven CA, Gijsbers K. Coping with labor pain. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:116-25.
3. Leventhal EA, Leventhal H, Shacham S, Easterling DV. Active coping reduces reports of pain from childbirth. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:365-71.
4. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manage Nurs* 2003;4:54-61.
5. Simkin P. Stress, pain, and catecholamines in labor: part 2. Stress associated with childbirth events: a pilot survey of new mothers. *Birth* 1986;13:234-40.

6. Crowe K, Baeyer CV. Predictors of a positive childbirth experience. *Birth* 1989;16:59-63.
7. สุวดี ชูสุวรรณ, วรณา รัตนมาตุ, งามตา คงวิทยา, กุหลาบ ไกรเทพ, ดวงพร จันทร์แก้ว. ผลการเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและภาวะแทรกซ้อน. *วารสารวิชาการเขต* 12 2546;14:9-15.
8. Beaton J, Gupton A. Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery* 1990;6:133-9.
9. RCM Standing Practice Group. The right of women to normal labour. *Midwives Chron* 1994;107:319.
10. de Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, van der Westhuisen S, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:567-71.
11. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage* 1991;6:476-80.
12. Mendez-Bauer C, Arroyo J, Ramos CG, Lavilla M, Izquierdo F, Elizaga V, et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 1975;3:89-100.
13. Waldenstrom U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. *Birth* 1991;18:5-10.
14. Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF. Ambulation in labour. *Br Med J* 1978;2:591-3.
15. Neuberger R. *Obstetrics: a practical manual*. New York: Oxford University Press, 1995.
16. Olds SB, London ML, Ladewig PAW. *Maternal newborn nursing*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall Health; 2000:1000.
17. Gorrie TM, McKinney ES, Murray SS. *Foundations of maternal-newborn nursing*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998.
18. Oakley A, Rajan L. Obstetric technology and maternal emotional well-being: a further research note. *J Reprod Infant Psychol* 1990;8:45-55.
19. Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (The Queen Charlotte's 1000 mother survey). *Lancet* 1982;9:808-10.
20. Hundley VH, Ryan M, Graham W. Assessing women's preferences for intrapartum care. *Birth* 2001;28:254-63.
21. Sheiner ES, Sheiner EK, Hershkovitz R, Mazor M, Katz M, Shoham-Vardi I. Overestimation and underestimation of labor pain. *Eur J Obstet Gynecol Repro Biol* 2000;91:37-40.
22. Clarke EB, French B, Bilodeau ML, Capasso VC, Edwards A, Empoliti J. Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses' characteristics and education. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:18-31.
23. Phumdoung S, Rattanaparikonn A. Factors related to labor pain: review articles. *Songkla Med J* 2003;21:155-62.
24. เต็มดวง เจริญสุข. การศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับตามความเป็นจริงของผู้คลอดและพยาบาล [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
25. McKay S, Smith SY. "What are they talking about? Is something wrong?" information sharing during labor. *Birth* 1993;20:142-7.
26. Chunuan SK. Patient satisfaction with health care services received during intrapartum in one regional hospital in the southern part of Thailand. Kentucky: Dissertation University of Kentucky; 2002.
27. Chen CH, Wang SY, Chang MY. Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. *Birth* 2001;28:180-5.
28. Sadler LC, Davison T, McCowan LME. Maternal satisfaction with active management of labour: a randomized controlled trial. *Birth* 2001;28:225-35.
29. ศศิธร พุ่มดวง. การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2546;21:291-300.
30. Tracy MF, Lindquist R, Watanuki S, Sendelbach S, Kreitzer MJ, Berman B, et al. Nurse attitudes towards the use of complementary and alternative therapies in critical care. *Heart Lung* 2003;32:197-209.
31. Mercer RT. Nursing research: the bridge to excellence in practice. *Image J Nurs Sch* 1984;16:47-51.

32. Bircumshaw D. The utilization of research findings in clinical nursing practice. *J Adv Nurs* 1990;15:1272-80.
33. Albers LL, Sedler KD. Clinician perspectives on participation in research. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49:47-50.
34. Pugh L, Milligan RA, Gray S, Strickland OL. First stage labor management: an examination of patterned breathing and fatigue. *Birth* 1998;25:241-5.
35. Shiloh S, Mahlev U, Dar R, Ben-Rafael Z. Interactive effects of viewing a contraction monitor and information-seeking style on reported childbirth pain. *Cognit Ther Res* 1998;22:501-16.
36. Niekerk LMV, Martin F. The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Manage Nurs* 2003;4:3-10.
37. Klein RP, Gist NF, Nicholson J, Standley K. A study of father and nurse support during labor. *Birth Fam J* 1981; 8:161-4.
38. VandeVusse L. Decision making in analyses of women's birth stories. *Birth* 1999;26:43-50.
39. Morse JM, Park C. Home birth and hospital deliveries: a comparison of the perceived painfulness of parturition. *Res Nurs Health* 1988;11:175-81.
40. Nelson M. Client responses to a discrepancy between the care they want and the care they receive. *Women Health* 1981;6:135-52.
41. Madi BC, Sandall J, Bennett R, Macleod C. Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial. *Birth* 1999;26:4-10.
42. York R, Bhuttarawas P, Brown LP. The development of nursing in Thailand and its relationship to childbirth practices. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1999;24:145-50.