

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด
 - 1.1 ความหมายของอาการเหนื่อยล้า
 - 1.2 ชนิดของอาการเหนื่อยล้า
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของอาการเหนื่อยล้า
 - 1.4 ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด
 - 1.5 สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด
 - 1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด
 - 1.7 ผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด
 - 1.8 การประเมินอาการเหนื่อยล้า
2. การจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด
 - 2.1 การแบ่งคลอด
 - 2.2 การจัดทำคลอด
 - 2.3 การสนับสนุนทางการพยาบาล
 - 2.4 การฟังเพลง

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด

อาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้ในทุกระยะพัฒนาการในวงจรการมีบุตร (childbearing cycle) ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด (Pugh & Milligan, 1995) พิวจ์ และ มิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าตาม The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA as cited in Pugh & Milligan, 1993) ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลที่ประเมินตามความรู้สึก ความสามารถในการทำงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของตนลดลง จนหมดแรง

ความหมายของอาการเหนื่อยล้า

อาการเหนื่อยล้า คือ อาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และประเมินตนเองของบุคคลว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจลดลง จนถึงหมดแรง อ่อนล้า และหมดพลังงาน ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อไม่ให้ร่างกายใช้พลังงานเกินขีดจำกัดจนเกิดจากความไม่สมดุลกันระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป และการที่ร่างกายและจิตใจเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่ต่อเนื่อง มีผลให้ความแข็งแรงของร่างกายและพลังงานลดลงจนรู้สึกหมดแรง (Herdman, 2009) พิวจ์ และ มิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) กล่าวว่าอาการเหนื่อยล้า คือ อาการที่บุคคลรู้สึกไม่พึงพอใจอย่างมาก และเป็นอาการอ่อนเพลียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทำให้ระดับพลังงานและความสามารถในการปฏิบัติด้านความรู้สึกนึกคิด และการตั้งการลดลง รวมทั้งความสามารถในการจัดการตนเองลดลงอีกด้วย อาการเหนื่อยล้าจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่การหายได้เองตามธรรมชาติ (Milligan, 1989) และเป็นอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ทั้งในวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุ หรือบุคคลที่มีสุขภาพดี (Blacklow, 1980) นอกจากนี้อาการเหนื่อยล้ายังส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง และไม่สามารถบรรเทาอาการลงได้โดยการพัก (Carpenito, 1997)

สรุปได้ว่าอาการเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้และประเมินตนเองของบุคคลว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจลดลง จนถึงหมดแรง ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับกับพลังงานที่ร่างกายใช้ไป และการที่ร่างกายและจิตใจเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานาน

ชนิดของอาการเหนื่อยล้า

อาการเหนื่อยล้าสามารถจำแนกได้ตามระยะเวลาการเกิด และตามสาเหตุของการเกิด ดังต่อไปนี้

1. อาการเหนื่อยล้าตามระยะเวลาการเกิดแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) และอาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (chronic fatigue) (Piper, Riger, Haeuber, Hood, & Lyver, 1989) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน เป็นอาการที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายใช้พลังงานมากกว่าที่สะสมไว้ในร่างกาย อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลันมักเกิดจากสาเหตุเดียว เกิดขึ้นตามลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลและถือว่าเป็นอาการที่ปกติ อาจเกิดขึ้นในระยะเวลารวดเร็ว และเกิดในระยะเวลาสั้น เป็นวันหรือสัปดาห์ คงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน อาการแสดงตามสาเหตุซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการออกกำลังกายมากเกินไป ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายและต้องการพักผ่อน มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อย ดังนั้นจึงเป็นอาการเตือนให้ร่างกายพักผ่อนเพื่อป้องกันอันตราย และหลีกเลี่ยงความเครียดซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้น อาการอาจเกิดขึ้นทั่วร่างกายหรือเฉพาะส่วน เช่น ตา แขน และขา เป็นต้น อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลันสามารถบรรเทาอาการได้ด้วยการพักผ่อน ดื่มน้ำ โภชนาการ ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (Piper, 1993)

1.2 อาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง คือ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นและมีอาการเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา อาการจะคงอยู่นานกว่า 1 เดือน สาเหตุการเกิดไม่ทราบแน่ชัดและถือว่าเป็นอาการผิดปกติ ซึ่งการพักผ่อนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังลดลงได้ รวมทั้งไม่สามารถหายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ในระยะเวลาสั้น และอาจต้องมีวิถีแก้ไขร่วมกันหลายวิธี อาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังมักเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรคจากการเจ็บป่วยหรือมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยหลายอย่างร่วมกัน มักพบร่วมกับอาการผิดปกติทางด้านจิตใจและด้านพฤติกรรมและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ อาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตและคุณภาพชีวิตค่อนข้างรุนแรง ถ้ามีอาการนานเกิน 6 เดือนเรียกว่ากลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue Syndrome [CFS]) (Piper, 1993)

2. อาการเหนื่อยล้าแบ่งตามสาเหตุของการเกิด สามารถแบ่งได้ 4 ชนิด คือ อาการเหนื่อยล้าทางกายภาพ (physical fatigue) อาการเหนื่อยล้าจากพยาธิสรีรวิทยา (pathophysiological fatigue) อาการเหนื่อยล้าจากสถานการณ์ (situational fatigue) และอาการเหนื่อยล้าจากสภาพจิตใจ (psychological fatigue) (Baird, 1988) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 อาการเหนื่อยล้าทางกายภาพ เป็นอาการเหนื่อยล้าที่ถือว่าอยู่ในภาวะปกติและเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ผิดปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน โดยใช้แรงมากเกินไปเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ได้พัก รวมทั้งภาวะเครียดที่เพิ่มขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการนอนหลับไม่เพียงพอ

2.2 อาการเหนื่อยล้าจากพยาธิสรีรวิทยา เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดจากอาการแสดงต่างๆ ของโรค ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการทางพยาธิสภาพหรือมีการติดเชื้อต่างๆ และการเจ็บป่วยด้วยโรค เช่น มีไข้ เกิดการติดเชื้อ เป็นต้น หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคขาดสารอาหาร โรคหัวใจ โรคปอด เป็นต้น อาการเหนื่อยล้าชนิดนี้ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการพักผ่อน

2.3 อาการเหนื่อยล้าจากสถานการณ์ เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติของชีวิต และส่งผลทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง ซึ่งกลไกการปรับตัวในระดับปกติไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน อาจก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล และรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้

2.4 อาการเหนื่อยล้าจากสภาพจิตใจ เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งภาวะเหล่านี้จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น เคลื่อนไหวช้าลง ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม เป็นต้น อาการเหนื่อยล้าชนิดนี้จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีความวิตกกังวลจะทำให้มีการใช้ความคิดและพลังงานเพิ่มมากขึ้น หากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้ร่างกายสูญเสียการทำหน้าที่ และสูญเสียพลังงาน เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา

สรุปได้ว่า อาการเหนื่อยล้าสามารถแบ่งได้ตามระยะเวลาการเกิด ซึ่งแบ่งได้เป็นอาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน และอาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง นอกจากนี้ยังแบ่งตามสาเหตุการเกิดซึ่งแบ่งได้เป็นอาการเหนื่อยล้าทางกายภาพ อาการเหนื่อยล้าจากพยาธิสรีรวิทยา อาการเหนื่อยล้าจากสถานการณ์ และอาการเหนื่อยล้าจากสภาพจิตใจ

อาการและอาการแสดงของอาการเหนื่อยล้า

เมื่อร่างกายเกิดอาการเหนื่อยล้าบุคคลจะแสดงอาการและอาการแสดงต่างๆ ออกมาซึ่งเป็นที่ปฏิบัติตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นสามารถจำแนกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม และด้านสติปัญญาหรือด้านความคิด (Piper, 1993) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อาการและอาการแสดงด้านร่างกาย เมื่อร่างกายมีการใช้พลังงานมากกว่าพลังงานที่สะสมไว้ร่างกายจะดึงพลังงานที่สะสมออกมาใช้ส่งผลให้เกิดอาการเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย หดแรงนอนไม่หลับ ปวดเมื่อย ซึ่งอาจเกิดขึ้นเฉพาะกล้ามเนื้อบางส่วนหรือเกิดขึ้นทั่วร่างกาย (Piper, 1993) นอกจากนี้ยังพบอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง ไหล่แข็ง การเคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม หดแรง อ่อนเพลีย อาการสั่น แขนขาไม่มีแรง ซาตามปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว หนักตากระตุก มึนงง ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ บุคคลจึงเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย และต้องการนอนหลับพักผ่อน ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมตามปกติ ถ้าเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (So, Dodgson, & Tai, 2003)

2. อาการและอาการแสดงด้านจิตใจ เป็นผลที่เกิดจากอาการเหนื่อยล้าด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ต้องการพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล มีอารมณ์ตึงเครียด กระสับกระส่าย ทุกข์ทรมาน หงุดหงิด ฉุนเฉียว และโมโหง่าย (Piper, 1986)

3. อาการและอาการแสดงด้านพฤติกรรม เป็นผลที่เกิดจากอาการเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เช่น การเคลื่อนไหวหรือการปฏิบัติกิจกรรมช้าลง เชื่องซึม ทำทางไม่มั่นคง ขาดความกระตือรือร้น ไม่มีสมาธิ (Piper, 1986) ไม่อยากเข้าสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เกิดการแยกตัว และหลีกเลี่ยงสังคม (Aistars, 1987)

4. อาการและอาการแสดงด้านสติปัญญาหรือด้านความคิด อาการเหนื่อยล้ามีผลทำให้สูญเสียความสามารถในกระบวนการคิด ทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหา การตัดสินใจ ความมั่นคงในตนเอง และความตั้งใจในการทำงานลดลง มีอาการหลงลืม สูญเสียความทรงจำและเกิดความคิดสับสน (Piper, 1986)

สรุปได้ว่าบุคคลที่มีอาการเหนื่อยล้าจะมีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น อาการอ่อนเพลีย หมดแรง นอนไม่หลับ ปวดเมื่อย เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจมีอาการและอาการแสดงด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด วิตกกังวล และตึงเครียด เป็นต้น ส่วนอาการแสดงด้านพฤติกรรม เช่น ไม่อยากเข้าสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เกิดการแยกตัว และหลีกเลี่ยงสังคม เป็นต้น และการแสดงออกด้านสติปัญญาหรือด้านความคิด เช่น ความตั้งใจในการทำงานลดลง มีอาการหลงลืม สูญเสียความทรงจำ และเกิดความคิดสับสน เป็นต้น

ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด

ผู้คลอดมากกว่าร้อยละ 60-90 เผชิญกับอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด (McGovern et al., 2011; Rodriguez, Bohlin, & Lindmark, 2001) การศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดโดย พิวจ์ (Pugh, 1990) ที่ทำการศึกษาในผู้คลอดครรภ์แรกจำนวน 100 คน ประเมินอาการเหนื่อยล้า 2 ครั้ง คือ เมื่อแรกรับและภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าเท่ากับ 57.47 และ 55.86 ตามลำดับ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ ทีเซง และคณะ (Tzeng et al., 2008) ที่ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดชาวไต้หวัน พบว่าผู้คลอดมีอาการเหนื่อยล้าในระดับสูงร้อยละ 69.2 และอาการเหนื่อยล้ายิ่งสูงขึ้นในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ กาญจนา ปิ่นแก้ว (2547) ที่ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับ

ปานกลาง และงานวิจัยของ มยุรี พางาม (2555) ที่ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด พบว่าผู้คลอด มีอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลางเช่นกัน

สรุปได้ว่าอาการเหนื่อยล้าจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบผู้คลอดมีอาการเหนื่อยล้า อยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง และอาการเหนื่อยล้ายิ่งสูงขึ้นในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะ เปลี่ยนผ่าน

สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด

อาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีการหดตัวของมดลูกเป็นระยะๆ และต่อเนื่อง มีการทำงานของกล้ามเนื้อติดต่อกันเป็นเวลานานโดยที่ร่างกายไม่ได้พัก กล้ามเนื้อจึงเกิดการอ่อนล้าได้ นอกจากนี้กล้ามเนื้อลายต่างๆ ทั่วร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อกระบังลมมีการทำงานมากขึ้น มีการหดหรือยึดตัวของกล้ามเนื้อลาย ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน จึงส่งผลทำให้กล้ามเนื้อเกิดการอ่อนล้าได้เช่นกัน ซึ่งการทำงานของ กล้ามเนื้อมดลูกเริ่มจากการหดตัวทำให้เกิดพลังงานความร้อนเพิ่มขึ้น ทำให้ฟอสฟาเจน (phosphagen) ถูกใช้ในการเผาผลาญพลังงานขณะมดลูกหดตัวจนหมด ทำให้เกิดการผลิตอะดีโนซีน ไตรฟอสเฟต (adenosine triphosphate) และฟอส โฟเครตินีน (phosphocreatinine) ที่เกิดจากการเผาผลาญมีผลทำให้ การทำงานของกล้ามเนื้อต้องหยุดชะงัก ซึ่งหากกล้ามเนื้อยังคงดำเนินการหดตัวต่อไปจะเป็นสาเหตุ ให้อัตราการเผาผลาญของกล้ามเนื้อที่เกิดจากการทำงานของระบบอัตโนมัติลดต่ำลงได้ ทำให้กล้ามเนื้อ เกิดอาการเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น (Thomas, Enoka, Gandevia, McComas, & Stuart, 1995)

ในระยะที่หนึ่งของการคลอด มดลูกซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเรียบมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เป็นระยะๆ และเพิ่มความรุนแรงและความถี่ของการหดตัวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดเจ็บครรภ์มากขึ้น ทำให้เกิดอาการเกร็งกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย กล้ามเนื้อทำงานติดต่อกันโดยไม่ได้พัก ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าต่อกล้ามเนื้อได้ ส่วนในระยะที่สองของการคลอดเป็นระยะที่ปากมดลูก เปิดหมดและผู้คลอดเริ่มรู้สึกอยากเบ่ง ผู้คลอดจะต้องใช้พลังงานอย่างมากในการเบ่งคลอดเพื่อเพิ่มความดันในโพรงมดลูกให้มากพอในการผลักดันทารกในครรภ์ออกมาภายนอกช่องคลอด ทำให้เกิดการสูญเสียพลังงานอย่างมาก หากผู้คลอดไม่ได้รับการชดเชยพลังงาน เช่น พักในช่วงที่มดลูกคลายตัว หรือได้รับน้ำและอาหาร อาจส่งเสริมให้ผู้คลอดเกิดอาการอ่อนล้าและอ่อนเพลียยิ่งขึ้น ส่งผลให้ระยะ ของการคลอดยาวนานยิ่งขึ้น (Lowdermilk et al., 2012)

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดในช่วงปลายของระยะที่หนึ่งและเริ่มเข้าสู่ระยะที่สองของการคลอด มดลูก มีการหดตัวถี่และแรงขึ้น โดยไม่ได้พัก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้การทำงาน

ของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีผลต่อการหดตัวของมดลูกทำงานลดลง ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี และเกิดการอ่อนล้าได้ (Thomas et al., 1995) การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกจะทำงานมากขึ้นในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้นจากการหดตัวของมดลูกถี่และแรงขึ้น ทำให้ผู้คลอดไม่สามารถพักได้หรือพักได้น้อย และหากผู้คลอดไม่ได้พักร่างกายจะใช้พลังงานมากขึ้น (Pugh & Milligan, 1993) อีกทั้งมีการจำกัดน้ำและอาหารทางปากเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ทำให้ร่างกายขาดพลังงานที่นำมาใช้ในการเผาผลาญพลังงาน ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นได้ (Pugh & Milligan, 1993) สำหรับระยะที่สามของการคลอดเป็นระยะรกคลอด ต้องอาศัยการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องเพื่อคลอดรก และเป็นระยะที่ผู้คลอดสูญเสียเลือด (Lowdermilk et al., 2012) ซึ่งในระยะนี้ มีการสูญเสียเกลือแร่จากร่างกายได้อีกทางหนึ่ง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจสูญเสียเลือดและเกลือแร่ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายได้ เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้ (Pugh & Milligan, 1993)

สรุปได้ว่าสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เช่น จากการหดตัวของมดลูกต่อเนื่อง ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเบ่งคลอด เป็นต้น สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้คลอดสูญเสียพลังงานและเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอดตามแนวคิดของ พิวส์ และ มิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาตามปกติ และการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติในระยะคลอด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาตามปกติในระยะคลอด ประกอบด้วยรูปแบบการหดตัวของมดลูก ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด และการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ส่วนการเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดที่ผิดปกติ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาตามปกติในระยะคลอดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระยะคลอด ซึ่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โปรเจสเตอโรน (Progesterone) โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) คอร์ติโคโทรฟิน (Corticotrophin) ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวมีผลทำให้เกิดการบางและเปิดขยายของปากมดลูก (London et al., 2003) การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกในระยะคลอดสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก ซึ่งหากกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวเป็นเวลานานติดต่อกัน

โดยไม่ได้พัก มีผลทำให้กล้ามเนื้อคลอดกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Thomson, 1993) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในระยะคลอดจากการหดตัวของมดลูก จะส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด รู้สึกไม่สุขสบาย และได้รับความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ซึ่งเป็นปัจจัยด้านร่างกายแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติในระยะคลอด ซึ่งประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรม และด้านสูติกรรมในระยะคลอดและการได้รับยา ดังนี้ (Pugh & Milligan, 1993)

1.1 ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ผู้คลอดมีภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และมีผลต่อเนื่องมาจนถึงระยะคลอด จากภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น มีความผิดปกติทางโลหิตวิทยา โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น (American College of Obstetrics and Gynecology [ACOG], 2005) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีผลต่อการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย หากขาดออกซิเจนจะมีผลต่อการทำหน้าที่สลายเอทีพี (ATP) เพื่อให้ได้พลังงานมาใช้ในระยะคลอด โดยเฉพาะความต้องการพลังงานเพื่อการหดตัวของกล้ามเนื้อคลอด ในระยะคลอดต้องใช้พลังงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ผู้คลอดเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Pugh & Milligan, 1993)

1.2 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ผู้คลอดและ/หรือทารกในครรภ์มีภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยในระยะคลอด เช่น ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ การตกเลือดก่อนคลอด ระยะเวลาของการคลอดยาวนาน คลอดยากจากสาเหตุที่ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เป็นต้น (ACOG, 2005; Cunningham et al., 2010) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีผลขัดขวางกระบวนการคลอดให้ดำเนินไปตามปกติ ส่งผลทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานมากขึ้น เกิดความรู้สึกเจ็บปวดในขณะคลอดมากขึ้น รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจตามมาได้ (Pugh & Milligan, 1993)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ คือ สภาวะด้านจิตใจ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการคลอด ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามภูมิหลัง เช่น ความรู้ ความเชื่อทางศาสนา คำบอกเล่าของญาติและเพื่อนๆ เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด สภาวะด้านจิตใจที่เป็นปัจจัยสำคัญก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด คือ ความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้คลอดครรภ์แรก เนื่องจากต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ ประกอบกับ ผู้คลอดยังไม่มีความสามารถในการคลอด ส่งเสริมทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น และผู้คลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ร่างกายจึงเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้ (Pugh & Milligan, 1993)

3. ปัจจัยด้านสถานการณ์ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด ผู้คลอดต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมแปลกใหม่ในห้องคลอด อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ผู้ดูแลที่แปลกใหม่ และกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดมาก่อน ปัจจัยด้านสถานการณ์เป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจของผู้คลอด ทำให้เกิดความเครียด

ความวิตกกังวล และความกลัวมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamine) มากยิ่งขึ้น ฤทธิ์ของฮอร์โมนทำให้ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ ทำให้ร่างกายพักผ่อนได้น้อย เมื่อร่างกายไม่ได้พักเป็นระยะเวลาอันยาวนานส่งผลทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้ (Pugh & Milligan, 1993)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดตามแนวคิดของ พิวจ์ และมิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติ ครอบคลุมด้านจิตใจ และส่งผลทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอดได้

ผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด

ในระยะคลอดอาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้คลอด รวมทั้งส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด อาการเหนื่อยล้ามีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายผู้คลอด คือ ทำให้ผู้คลอดไม่มีแรงเบ่ง แรงเบ่งไม่เพียงพอ ไม่สามารถเบ่งคลอดเองได้ ส่งผลให้ระยะที่สองของการคลอดยาวนานขึ้น อาจต้องอาศัยการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Chien & Ko, 2004; Ebrahimzadeh et al., 2012; Pugh et al., 1998) ซึ่งการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น การฉีกขาดของช่องทางการคลอด ตกเลือดหลังคลอด และการบาดเจ็บของทารกแรกเกิด เป็นต้น (London et al, 2003; MacDonald et al., 1997)

อาการเหนื่อยล้ามีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้คลอด คือ ทำให้ผู้คลอดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ (Hart, Freel, & Milde, 1990) ซึ่งผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลอยู่แล้วยิ่งทำให้มีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น เกิดการรับรู้ประสบการณ์คลอดด้านลบ อาจส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอดกับบุตรได้ หากมีอาการเหนื่อยล้ายาวนานจนถึงระยะหลังคลอดจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของมารดาในการดูแลทารก (Parks et al., 1999) และการปรับตัวต่อบทบาทของมารดา และจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวเพิ่มมากขึ้น (Ferrell et al., 1996; Pugh & Milligan, 1993) อาการเหนื่อยล้าที่ยาวนานยังส่งผลให้ผู้คลอดเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้ ดังเช่นการศึกษาของ โบโซคิ และคอร์วิน (Bozoky & Corwin, 2002) ที่พบว่าผู้คลอดที่มีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นในระยะคลอดอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดตามมาได้ และหากอาการเหนื่อยล้ายังคงมีต่อเนื่องจนกระทั่งถึงระยะหลังคลอด จะมีผลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาด้วยเช่นกัน

อาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดจากการที่ผู้คลอดหมดแรงและไม่สามารถเบ่งคลอดได้ ทำให้ระยะที่สองของการคลอดยาวนาน มีผลให้ทารกในครรภ์

ขาดออกซิเจนและเกิดสภาวะคับขัน ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตทารกในครรภ์ได้ และเป็นอีกสาเหตุหนึ่งในการพิจารณาใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด ซึ่งทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อทารกแรกเกิดได้ (Mayberry, Gennaro, Strange, Williams, & De, 1999) นอกจากนี้อาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดอาจทำให้ในระยะหลังคลอดไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกแรกเกิดได้ทันที ซึ่งจะมีผลต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดมีผลทำให้ทารกมีพัฒนาการที่ล่าช้า (Parks, Lenz, Milligan, & Han, 1999; Pugh & Milligan, 1993)

สรุปได้ว่าอาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายต่อผู้คลอดโดยตรง เช่น ทำให้ไม่มีแรงเบ่ง ระยะเวลาการคลอดยาวนาน เป็นต้น และส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น มีความวิตกกังวล รับรู้ประสบการณ์ด้านลบ เป็นต้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิด เช่น เกิดภาวะขาดออกซิเจนและเกิดอันตรายต่อชีวิต เป็นต้น และอาจส่งผลต่อเนื่องไปถึงระยะหลังคลอด

การประเมินอาการเหนื่อยล้า

การประเมินอาการเหนื่อยล้ามี 3 วิธี ได้แก่ การประเมินจากการสังเกตอาการเหนื่อยล้า การประเมินด้วยความรู้สึกหรือการรับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้า และการประเมินโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินจากการสังเกตอาการเหนื่อยล้า เป็นการสังเกตการแสดงออกของบุคคลที่มีอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของโรเทน (Roten analog scale) (Roten, 1982, อ้างใน ทศน์วรรณ ศิริพรหม, 2549) เป็นแบบประเมินที่ใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale [NRS]) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อใหญ่ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 การสังเกตพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านลักษณะทั่วไป ได้แก่ ลักษณะสีผิว และการหายใจ 2) ด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า การแสดงออกทางสายตา และการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 3) ด้านกิจกรรม ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเดิน ลักษณะท่าทาง และการรับประทานอาหารและน้ำ และ 4) ด้านทัศนคติ ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ซึ่งการประเมินทั้ง 4 ด้านจะสังเกตปฏิกิริยาของร่างกายหรือการแสดงที่เกิดจากอาการเหนื่อยล้า โดยโรเทนนำไปใช้ประเมินในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าเป็นแบบประเมินที่สั้นและใช้ง่าย แต่มีข้อจำกัดเรื่องความเชื่อมั่น เนื่องจากผู้สังเกตมีความรู้สึกไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย (Dittner, Wessely, & Broman, 2004)

2. การประเมินด้วยความรู้สึกหรือการรับรู้อาการเหนื่อยล้า เป็นการประเมินอาการเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของบุคคลที่ถูกประเมิน โดยให้บุคคลตอบข้อคำถามที่บ่งชี้ถึงอาการเหนื่อยล้า ซึ่งวิธีการ

ประเมินในลักษณะนี้มีผู้สร้างแบบประเมินที่แตกต่างกันตามกรอบแนวคิดพื้นฐานของแบบประเมิน สำหรับแบบประเมินที่นิยมใช้มีดังนี้

2.1 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของ ลี (Lee fatigue scale) หรือนิยมเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า visual analogue scale of fatigue (VAS-F) (Lee, Hickh, & Nino-Murcia, 1991, as cited in Aaronson et al., 1999) แบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตรวัดจากการประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale) แต่ละข้อคำถามเป็นข้อความหรือวลีที่สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาพิจารณาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้า ให้ผู้ตอบแบบประเมินระบุถึงความรู้สึกของตนเอง ให้ตอบแบบประเมินในเวลากลางคืนก่อนเข้านอน และตอบแบบประเมินอีกครั้งในตอนเช้า ทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีการแบ่งระดับมาตรวัดออกเป็น 100 มิลลิเมตร ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ประเมินพลังงาน 5 ข้อ และ 2) ประเมินอาการเหนื่อยล้า 13 ข้อ คะแนนประเมินอาการเหนื่อยล้า 13 ข้อรายงานเป็นค่ารวมและค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้ารายสัปดาห์ในช่วงเช้า และช่วงเย็น (Lee et al., 1991, as cited in Troy & Dalgas-Pelish, 2003) ซึ่ง ลี และคณะ ได้นำแบบทดสอบไปหาความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีสุขภาพดีจำนวน 75 ราย และผู้ที่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับจำนวน 57 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ (Gay, Lee, & Lee, 2004)

อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลวัตจึงจำเป็นต้องประเมินซ้ำ เพื่อหาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์และการกำหนดช่วงเวลาในการประเมินที่เหมาะสม (Aaronson et al., 1999) และเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้และการให้คะแนนง่ายขึ้น แบบประเมิน VAS-F ได้รับการดัดแปลงให้อยู่ในรูปของการประเมินแบบสั้น (Lee fatigue Scale - Short Form: LFS - SF) และใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale [NRS]) ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า 7 ข้อ มีตัวเลือกให้ตอบตั้งแต่ระดับ 0 หมายถึง ไม่รู้สึกเลย จนถึงระดับ 10 หมายถึง รู้สึกอย่างมาก (Gay et al., 2004; Lee & Gray, 2004)

2.2 แบบวัดอาการเหนื่อยล้าของ ไปเปอร์ และคณะ (the Piper fatigue scale [PFS]) (Piper et al., 1998) มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่าด้วยสายตาโดยมีค่าตอบตั้งแต่ 0-100 ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อคำถาม ประเมิน 4 ด้าน คือ ระยะเวลา ความรุนแรง และความรู้สึก โดย ไปเปอร์ และคณะ นำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 35 รายและผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 15 ราย ที่ได้รับรังสีรักษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.80 ต่อมา ไปเปอร์ และคณะ ได้ลดจำนวนข้อคำถามโดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factors analysis) จนเหลือ 27 ข้อ เรียกว่า the revise Piper fatigue scale เพื่อให้กระชับและเหมาะสมในการนำไปใช้ประเมิน และเปลี่ยนจากมาตรวัดแบบประเมินค่าด้วยสายตาเป็นมาตรวัดแบบตัวเลขโดยข้อที่ 1 เป็นคำถามเชิงคุณภาพซึ่งถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่รับรู้มีอาการเหนื่อยล้า ข้อที่ 2-23 เป็นคำถามปลายเปิดใช้มาตรวัดตัวเลข มีคำตอบ

ตั้งแต่ 0-10 โดยมีข้อความกำกับคะแนน 0 ด้วยวลี “ไม่เลย” และด้านคะแนน 100 กำกับด้วยวลี “มากที่สุด” โดยจำแนกการประเมินออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง 2) ด้านการรับรู้ความหมาย 3) ด้านความรู้สึก และ 4) ด้านสติปัญญา สำหรับคำถามข้อ 24-27 เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุส่งเสริมอาการเหนื่อยล้าและบรรเทาอาการเหนื่อยล้า การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และอาการแสดงอื่นๆ ที่เกิดขึ้นขณะตอบแบบสอบถาม ซึ่ง ไปเปอร์ และคณะ (Piper et al., 1998) ได้นำแบบประเมินไปหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.97

2.3 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (the fatigue symptom checklist [FSC]) พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยคณะกรรมการด้านการวิจัยอาการเหนื่อยล้าในโรงงานอุตสาหกรรมของประเทศญี่ปุ่น (Industrial Fatigue Research Committee of the Japanese Association of Industrial Health) ต่อมา โยชิทาเกะ (Yoshitake, 1971, as cited in Pugh, 1990) ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามบางส่วน แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกส่วนตัวในการแสดงทัศนคติ การปรับตัว การตัดสินใจ และปัจจัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงอาการเหนื่อยล้า ข้อคำถามที่ 1-10 เป็นข้อความที่แสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า ส่วนข้อคำถามที่ 11-20 เป็นข้อคำถามที่แสดงถึงสมรรถภาพที่ลดลง ส่วนข้อคำถามที่ 21-30 เป็นข้อคำถามที่แสดงถึงอาการเหนื่อยล้าที่ส่งผลต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายหรือความรู้สึกเหนื่อยล้าที่มีผลต่อร่างกาย ในแต่ละข้อคำถามเป็นข้อความที่ระบุถึงอาการต่างๆ (Yoshitake, 1971, as cited in Pugh, 1990) แบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) อาการเหนื่อยล้าทั่วไป ได้แก่ อาการมึนงง เหน็ดเหนื่อย ง่วงนอน เมื่อยล้า ง่วงนอน และเคลื่อนไหวช้าลง 2) อาการเหนื่อยล้าด้านจิตใจ ได้แก่ ขาดสมาธิ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย หลงลืม ขาดความอดทน และขาดความมั่นใจ 3) อาการเหนื่อยล้าเฉพาะที่ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ไหล่แข็ง ปวดบริเวณบั้นเอว เมื่อยล้า หายใจลำบาก ต้องออกแรงช่วยในการหายใจ รู้สึกกระหายน้ำ วิงเวียน หน้ามืด หน้าตากระตุก แขนขาอ่อนจนถึงรู้สึกว่าคุณมีอาการเจ็บป่วย ต่อมา พิวจ์ (Pugh, 1990) นำแบบประเมินของโยชิทาเกะมาปรับปรุงแก้ไขและอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยอธิบายให้ผู้ตอบแบบประเมินให้ตอบตามความรู้สึกในขณะนั้น ปรับปรุงแก้ไขแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ 1) ทุกข้อคำถามเป็นประโยคเต็ม 2) ทุกข้อคำถามเป็นประโยคปัจจุบัน และ 3) ปรับระดับตัวเลือกให้มีความแปรปรวนมากขึ้น (greater variability)

ต่อมา มิลลิแกน, พาร์ค, และ เลนซ์ (Milligan, Parks, & Lenz, 1990) ได้นำเอาแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของโยชิทาเกะมาดัดแปลง เรียกว่า แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (The Fatigue Identification Form) มีการแบ่งการประเมินอาการเหนื่อยล้าเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีตัวเลือกให้ตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน และไม่ใช่มีค่าเท่ากับ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนอาการเหนื่อยล้าตั้งแต่ 0-30 คะแนน ในปี ค.ศ. 1993 พิวจ์ และ มิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ได้ดัดแปลงข้อมูลให้เป็นแบบฟอร์มที่ 2 เป็นแบบข้อมูล

ต่อเนื่อง (the fatigue continuum form) ใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าในสตรีที่อยู่ในช่วงวงจรการมีบุตรได้เป็นอย่างดี (Pugh, Milligan, Park, Lenze, & Kitzman, 1999) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีตัวเลือก 4 ระดับและมีช่วงคะแนนอาการเหนื่อยล้าตั้งแต่ 30-120 คะแนน คือ ไม่รู้สึกเลยมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน รู้สึกบางครั้ง มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน รู้สึกค่อนข้างบ่อย มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน และรู้สึกบ่อยมากมีค่าเท่ากับ 4 คะแนน แบบประเมินเป็นข้อความเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ตอบเผชิญในรอบ 1 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ และนำแบบประเมินมาศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดจำนวน 100 คนและหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94 ต่อมา พิวจ์ และคณะ (Pugh et al., 1999) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าเป็น 3 ระดับ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าระดับต่ำ (30-38.5) อาการเหนื่อยล้าระดับปานกลาง (38.6-64.4) และอาการเหนื่อยล้าระดับรุนแรง (64.5-120)

หลังจากนั้น พิวจ์ และคณะ (Pugh et al., 1999) นำแบบประเมินมาพัฒนาอีกครั้งเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ เรียกแบบประเมินว่า the modified fatigue symptom checklist (MFSC) มีจำนวน 30 ข้อ นำมาทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์จำนวน 11 ราย และหาความเชื่อมั่นด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89 สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทย จรัสศรี ธีระกุลชัย (Threerakulchai, 2004) ทำการแปลแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของ พิวจ์ และคณะ (Pugh et al., 1999) เป็นภาษาไทยและทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษแปลย้อนกลับ (back translation) เพื่อเปรียบเทียบกับต้นฉบับ หลังจากนั้นได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำมาประเมินอาการเหนื่อยล้าในสตรีหลังคลอด 6 สัปดาห์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89 จรัสศรี ธีระกุลชัย ได้จัดระดับอาการเหนื่อยล้าโดยใช้คะแนนจากการประเมิน ดังนี้

คะแนน 30 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเหนื่อยล้า
คะแนน 31-60 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าเล็กน้อย
คะแนน 61-90 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าปานกลาง
คะแนน 91-120 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้ารุนแรง

3. การประเมินโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการประเมินโดยใช้การตรวจทางสรีรวิทยาและสารเคมี ซึ่งสามารถตรวจได้หลายประเภท เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระดับฮีมาโตคริต ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ ระดับอิเล็กโทรไลต์ คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทและสารประกอบชีวเคมีในร่างกาย เป็นการตรวจเพื่อหาสาเหตุของอาการเหนื่อยล้า นอกจากนั้นยังมีการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของระบบประสาทที่อาจเป็น

สาเหตุของอาการเหนื่อยล้า และผลการตรวจพบว่าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนข้างและรอยต่อของสมองกลีบหน้าและกลีบข้าง (fronto-parietal temporal region) ลดลง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาในกระบวนการรับรู้และจะเกิดขึ้นเมื่อมีอาการเหนื่อยล้าขึ้นเท่านั้น เป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะสั้น แต่อย่างไรก็ตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นเพียงข้อมูลสนับสนุนในการวินิจฉัยอาการเหนื่อยล้า ทั้งนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติยังไม่เป็นที่นิยม (Piper, 1993)

สรุปได้ว่าการประเมินอาการเหนื่อยล้าสามารถแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ การประเมินจากการสังเกตอาการเหนื่อยล้า การประเมินด้วยความรู้สึกรู้ถึงอาการเหนื่อยล้า และการประเมินด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งการประเมินจากการสังเกตอาการเหนื่อยล้าและการประเมินด้วยความรู้สึกรู้ถึงอาการเหนื่อยล้า เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในปัจจุบัน

การจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดที่สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 4 วิธี ได้แก่ การเบ่งคลอด การจัดทำคลอด การสนับสนุนทางการพยาบาล และการฟังเพลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเบ่งคลอด

การเบ่งคลอดเป็นการลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าจากการคลอดยาวนานและเป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้สนับสนุนการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอด ดังเช่น การเบ่งคลอดแบบระยะเวลา และการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ วิธีการเบ่งคลอดแบบระยะเวลา คือ การให้ผู้คลอดเริ่มต้นเบ่งคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดร่วมกับศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำลงในอุ้งเชิงกรานหรือเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ (Pillitteri, 2007) เป็นการกำหนดเวลาเพื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่ง Long (2006) ได้นิยามระยะที่ 2 ของการคลอดหรือระยะเบ่งคลอดใหม่ว่า เป็นระยะที่ศีรษะทารกในครรภ์มีการเคลื่อนต่ำผ่านปากมดลูก และมีการเคลื่อนต่ำกว่าระดับกระดูกอิสเซียมของเชิงกรานร่วมด้วย การรอให้ศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำลงในเชิงกรานมากที่สุดจะช่วยลดเวลาในการเบ่งคลอดและช่วยสงวนพลังงานของผู้คลอดได้อีกด้วย (Frey et al., 2012) สำหรับการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติเป็นวิธีที่ให้ผู้คลอดสามารถเบ่งคลอดตามความต้องการและสามารถเบ่งเมื่อเกิดความรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่จนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งส่งผลดีทั้งต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ โดยการลดความดันในช่องอกและช่องท้อง หลีกเลียงการกดเส้นเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกและรกได้สะดวก ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ช่วยป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยล้า ช่วยให้ระยะเวลาในการเบ่งคลอดสั้นลง และลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Roberts & Hanson, 2007)

การเบ่งคลอดที่สามารถช่วยลดอาการเหนื่อยล้าในระยะคลอด มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ เวลาเริ่มเบ่งคลอด (pushing timing) และเทคนิคการเบ่งคลอด ปัจจัยด้านเวลาเริ่มเบ่งคลอดทำตาม นิยามใหม่ของ Long (2006) ที่ได้นิยามระยะที่ 2 ของการคลอดว่าเป็น ระยะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 10 เซนติเมตรร่วมกับศีรษะทารกในครรภ์มีการเคลื่อนต่ำลงอุ้งเชิงกรานร่วมด้วย จนกระทั่งทารก คลอดครบ ดังนั้นผู้คลอดควรเริ่มต้นเบ่งคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดร่วมกับศีรษะทารกในครรภ์ เคลื่อนต่ำเข้าสู่อุ้งเชิงกรานหรือเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งเต็มที่ (Pillitteri, 2007) ดังการศึกษาของ โรเบิร์ตส และ วูลเลย์ (Roberts & Woolley, 1996) ที่พบว่า การเริ่มเบ่งคลอดเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง เต็มที่จนไม่สามารถควบคุมได้สัมพันธ์กับการเบ่งคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการเหนื่อยล้า และ จากการศึกษานี้ของ เฟรย์ และคณะ (Frey et al., 2012) พบว่าการรอให้ศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำลง ในเชิงกรานมากที่สุดจะช่วยลดเวลาในการเบ่งคลอดและช่วยสงวนพลังงานของผู้คลอดอีกด้วย สำหรับเทคนิคการเบ่งคลอด (pushing technique) ที่สามารถลดอาการเหนื่อยล้าได้ คือ การเบ่งคลอด แบบธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเบ่งคลอดตามสัญชาตญาณและตามความรู้สึกของผู้คลอด เป็นการเบ่ง คลอดที่ไม่มีรูปแบบเฉพาะ (Thomson, 1993) และการเบ่งคลอดมักจะมีการเปล่งเสียงออกมาตาม ธรรมชาติ (natural vocalization) ผู้คลอดอาจจะเบ่งแบบมีหรือไม่มีเสียงหรือลมหายใจเกิดลอดออกมา สลับกัน (Thomson, 1995) เทคนิคการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติไม่ทำให้เกิดภาวะวาล์ซาล์วา (Valsalva maneuver) ซึ่งภาวะวาล์ซาล์วาจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกอ่อนเพลีย และมีผลกระทบต่อ การไหลเวียนเลือด จากมดลูกไปสู่ทารกในครรภ์ (utero-placental perfusion) ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้ ดังนั้น วิธีการเบ่งคลอดโดยให้ผู้คลอดเริ่มเบ่งคลอดในเวลาที่เหมาะสม ใช้เทคนิคเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ ช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้จากการลดระยะเวลาในการคลอด

การจัดท่าคลอด

การจัดท่าคลอดที่เหมาะสมสามารถลดอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดได้ เนื่องจากมีผลลด ความเครียดของกล้ามเนื้อจากการถูกกดทับในระยะรอคลอด (Simkin, 1995) นอกจากนี้การให้ผู้คลอด เปลี่ยนท่าและเคลื่อนไหวร่างกายจะช่วยให้ศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนต่ำได้ดีตามแรงโน้มถ่วงของ โลกและหนทางคลอดอยู่ในลักษณะตรง ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และช่วยลดระยะเวลา ในการคลอด (Shermer & Raines, 1997) ดังเช่นการศึกษานี้ของ อัมพร โอนอ่อน, วัชรวิวัฒน์ วณเกียรติ, พรทิพย์ ร่องเลื่อน, เนตรนภา เหมเปา, และ สุวิมล ทิศา (2550) ที่พบว่า การเบ่งคลอดในท่ากึ่งนั่งกึ่ง นอนทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่เบ่งคลอดในท่านอนหงายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การเบ่งคลอดในท่ากึ่งนั่งกึ่งนอนหรือที่เรียกว่าท่าศีรษะสูงยังช่วยลดความเจ็บปวด (Gupta, Hofmeyr, & Shehmar, 2012) และช่วยลดการกดของเส้นเลือดบริเวณอุ้งเชิงกราน ช่วยให้ผู้คลอดมีแรง

เบ่งมากขึ้น ส่วนการเบ่งคลอดในท่านอนหงายทำให้มดลูกส่วนบนเอนไปทางด้านหลัง และมุมของอุ้งเชิงกรานทำมุม 30 องศา มีผลขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนนำทารกในครรภ์ รวมทั้งทำให้กระดูกกระเบนเหน็บ (sacrum) และกระดูกก้นกบ (coccyx) ของผู้คลอดเป็นจุดศูนย์กลางรับน้ำหนัก ทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวมากขึ้น การไหลเวียนออกซิเจนไปสู่มดลูกและทารกในครรภ์ลดลง (Shermer & Raines, 1997) นอกจากนี้การเบ่งคลอดในท่านอนหงายยังทำให้ผู้คลอดมีความสามารถในการควบคุมการคลอดลดลง (De Jonge & Largo-Janssen, 2004) อาจส่งผลทำให้เกิดการคลอดยาวนานและเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้

การสนับสนุนทางการพยาบาล

การสนับสนุนทางการพยาบาล (nursing support) เป็นกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกมาขณะปฏิบัติหน้าที่ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดเกิดความสบาย ได้รับการดูแลช่วยเหลือและเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้คลอด (Gardner, 1979) การสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะคลอดสามารถลดอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดได้ เนื่องจากช่วยลดความวิตกกังวล ช่วยนำศักยภาพหรือจุดแข็งของผู้คลอดออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ทำให้ผู้คลอดมั่นใจในการดูแลของพยาบาล อีกทั้งทำให้ผู้คลอดมีความสุขสบายเพิ่มขึ้นและลดอาการเหนื่อยล้า (Simkin, 2002) การสนับสนุนทางการพยาบาล ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เชพเฟอร์, คอยเน, และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) และการสนับสนุนด้านความสุขสบายและปลอดภัย (physical comfort and safety support) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้คลอดได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร รับฟัง ให้กำลังใจ เป็นการสนับสนุนให้ผู้คลอดเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้ดีขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ของการเจ็บครรภ์และคลอด เป็นเหตุการณ์ที่ผู้คลอดไม่สามารถจะควบคุมหรือคาดการณ์ได้ด้วยตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น (Schaefer et al., 1981) กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้คลอด เปิดโอกาสให้ซักถาม อยู่เป็นเพื่อน และให้กำลังใจ ปลอดภัย เป็นต้น (พิริยา สุภชัย, 2549)

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้คลอดได้รับข่าวสารที่สามารถนำไปแก้ปัญหาหรือรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน เช่น การให้คำแนะนำ อธิบายเกี่ยวกับสถานที่ กฏระเบียบของโรงพยาบาล แนะนำให้รู้จักผู้คลอดข้างเตียง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และแนะนำวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง เป็นต้น เป็นการ

สนับสนุนให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเครียดและการแก้ปัญหา ทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลลดลง เกิดความหวังและกำลังใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด และสุขภาพของทารกในครรภ์ (พริยา ศุภชัย, 2549)

3. การสนับสนุนด้านความสุขสบายและปลอดภัย หมายถึงการที่ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบาย เช่นการดูแลความสะอาดของร่างกาย การเช็ดหน้าด้วยผ้าเย็น การช่วยลูบหน้าท้อง การนวดหลัง การจัดทำทางเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย และการกระตุ้นให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น การสนับสนุนด้านความสุขสบายและปลอดภัยช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น (พริยา ศุภชัย, 2549)

การฟังเพลง

การฟังเพลงเป็นการบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในระยะรอคลอดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) การฟังเพลงเป็นการส่งเสริมการยับยั้งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง (Phumdoung & Good, 2003) สามารถระงับความรู้สึกเจ็บปวดแบบธรรมชาติ การรับรู้ถึงความเจ็บปวดลดลง ผู้คลอดสามารถพักได้ (Browning, 2001, as cited in Fulton, 2005) มีผลช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ นอกจากนี้การฟังเพลงยังช่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อสิ่งก่อความเครียด โดยเฉพาะหัตถการชักนำการคลอด เช่น การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำในระยะคลอด และการตรวจทางช่องคลอด (Simkin & Bolding, 2004) คนตรีที่ใช้ลดความเจ็บปวด ควรมีเสียงสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงแหลมหรือเสียงเร็ว ควรมีเสียงนุ่ม ความเร็วของจังหวะดนตรี 60 – 80 ครั้งต่อนาที (Phumdoung & Good, 2003)

สรุปได้ว่าการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอด ได้แก่ การเบ่งคลอด การจัดทำคลอด การสนับสนุนทางการพยาบาล และการฟังเพลง ซึ่งการเบ่งคลอดที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอาการเหนื่อยล้าได้เนื่องจากช่วยลดระยะเวลาในการคลอด สำหรับการจัดทำคลอดศีรษะสูงช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้เพราะช่วยให้ส่วนนำเคลื่อนต่ำตามแรงโน้มถ่วงของโลก รวมทั้งส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ช่วยลดระยะเวลาในการคลอด ส่วนการสนับสนุนทางการพยาบาลช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ เนื่องจาก การดูแลของพยาบาลทำให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย ช่วยลดความวิตกกังวล นอกจากนี้การฟังเพลงสามารถลดอาการเหนื่อยล้าได้เนื่องจากยับยั้งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง ช่วยให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระยะคลอดเป็นระยะวิกฤติที่ผู้คลอดจะต้องสูญเสียพลังงานอย่างมากเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและส่งเสริมให้การคลอดดำเนินอย่างเป็นปกติ การคลอดเป็นการสูญเสียพลังงานจากการหดตัวของมดลูก ระยะเวลาในการคลอดที่ยาวนาน และการเบ่งคลอด ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการสรุปองค์ความรู้จากรายงานวิจัยอย่างครอบคลุม กว้างขวาง โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และลอคอดติจากการตรวจสอบร่วมกันของทีมผู้วิจัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้คลอดโดยใช้กระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดปัญหา วัตถุประสงค์ และคำถามสำหรับการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การกำหนดวิธีการสืบค้นงานวิจัย 4) การกำหนดวิธีการคัดเลือกงานวิจัย 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การสกัดข้อมูล และ 7) การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved