

ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

Pain and Pain Management during Labor

ธัญญารัตน์ กุลณีจิตต์เมธี

อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

E-mail Thanyarat.k@rsu.ac.th

บทคัดย่อ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกตามธรรมชาติที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด ความปวดในระดับที่รุนแรงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ ความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดความปวดได้นำมาสู่การพัฒนาวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ปัจจุบันมีวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดแบบไม่ใช้ยาหลากหลายวิธี เพื่อช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย และอยู่กับความปวดได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด ผลของความปวดต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ กลไกการเกิดความปวด การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในระยะเจ็บครรภ์คลอด และบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือแม่เผชิญกับความปวด

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอด การจัดการความปวด ผู้คลอด

ABSTRACT

Labor pain is a natural mechanism that pregnant women unavoidably experience during labor. Pain in labor induced both physiological and psychological changes in pregnant women. Severe pain may cause harmful to the pregnant women and the fetuses to be in danger. Knowledge related to the mechanism of pain was applied to develop pain management strategies in labor. Nowadays, there are several non-pharmacological strategies for labor pain management that pregnant women can use in order to, feel more relax, and can stay with pain. Nurses have important role in helping mother manage labor pain. This article aims to explain labor pain, its impact on pregnant women and fetuses, mechanism of pain, non-pharmacological pain management, and nursing role in helping mother deal with labor pain.

KEYWORDS: Labor Pain, Pain Management, Pregnant Women

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกตามธรรมชาติที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าของการจัดการความปวดจากการเจ็บครรภ์ และมีหลากหลายวิธีในการบรรเทาความปวดทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อหวังผลให้ผู้คลอดได้บรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดลง

และให้ผู้คลอดสามารถผ่านความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด โดยปกติแล้วระยะเวลาในการเจ็บครรภ์คลอดนั้นครรภ์แรกจะเฉลี่ยอยู่ที่ 12 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง (วีรวรรณ และคณะ, 2556) ผู้คลอดต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดอยู่นานหลายชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้

คลอดสามารถจัดการความปวดและเผชิญความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้เขียนได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความปวดในระยะคลอด

การเจ็บครรภ์คลอดและผลกระทบต่ออาการคลอด

การเจ็บครรภ์เป็นอาการที่บ่งชี้ว่าผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด ในระยะนี้ผู้คลอดมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยเริ่มจากการหดตัวของมดลูกของกล้ามเนื้อมดลูกเพื่อทำให้เกิดการเปิดขยายของปากมดลูกตามมา การหดตัวของมดลูกเป็นการเพิ่มแรงดันภายในโพรงมดลูกเพื่อผลักดันให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำเข้าสู่อุ้งเชิงกราน การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแต่ละครั้งจะทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปที่มดลูกลดลง จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนชั่วคราว และเกิดอาการเจ็บครรภ์ตามมา นอกจากนั้นการยืดขยายของปากมดลูกและการหดตัวของมดลูกบริเวณส่วนล่าง (Lower uterine segment) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวด โดยการเปิดขยายของปากมดลูกจะส่งสัญญาณความปวดไปยังเส้นใยประสาทบริเวณท้องน้อย (Hypogastric plexus) เข้าสู่เส้นประสาทไขสันหลัง T₁₀ – T₁₂ และ L₁ นอกจากนี้ความปวดที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งยังเกิดจากแรงดึงรั้งต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานได้แก่ เอ็น รังไข่ ท่อนำไข่ กระเพาะปัสสาวะ และอวัยวะเพศ ซึ่งความปวดที่เกิดจากแรงดึงรั้งนี้สามารถส่งผ่านความปวดไปยังบริเวณหลังและหน้าขาของผู้คลอดได้ (Murray & McKinney, 2005)

ผู้คลอดเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดนอกจากจะมีความรู้สึกไม่สบายเนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้นแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญในระยะการเจ็บครรภ์คลอด ดังนี้ (พิสุทธิ์, 2557)

1. ออกซิโทซิน (Oxytocin) เป็นฮอร์โมนที่หลั่งจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) ฮอร์โมนออกซิโทซินจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด ซึ่งมีผลทำให้เกิดการหดตัวของ

มดลูกและทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยาย การที่มดลูกหดตัวนั้นทำให้ผู้คลอดเกิดอาการเจ็บปวด และหากผู้คลอดที่มีความปวด ความกลัว และความวิตกกังวลมาก จะมีผลให้เกิดการยับยั้งฮอร์โมนออกซิโทซิน จึงมีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้า

2. เอนดอร์ฟิน (Endorphins) เป็นสารที่หลั่งออกมาจากสมองส่วนไฮโปธาลามัส ฮาลามัส ต่อมใต้สมอง ซึ่งตรวจพบได้ในกระแสเลือด เอนดอร์ฟินเป็นสารลักษณะคล้ายกับมอร์ฟิน มีบทบาทเป็นทั้งสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) และเป็นสารควบคุมประสาท (Neuromodulators) เอนดอร์ฟินเป็นสารที่เกิดขึ้นเองในร่างกายซึ่งในแต่ละคนจะมีปริมาณแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ มารดาหลังคลอดบุตรจะมีปริมาณเอนดอร์ฟินมากกว่าผู้คลอดที่อยู่ในระยะเจ็บครรภ์คลอด (Reeder & Martin, 1987) ความเครียด ความกลัว และความปวดมีส่วนในการลดระดับของเอนดอร์ฟิน ถ้าผู้คลอดได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม ร่างกายและจิตใจรู้สึกผ่อนคลาย จะมีผลทำให้เอนดอร์ฟินหลั่ง และช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อาการปวดทุเลาลง (ศศิธร, 2558)

3. แอดรีนาลีน (Adrenaline) เป็นสารที่หลั่งออกมาจากต่อมหมวกไต จะหลั่งออกมามากเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตื่นเต้น ตกใจ กลัว ในระยะคลอดหากผู้คลอดเจ็บครรภ์มาก แอดรีนาลีนจะหลั่งออกมาเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันจะทำให้ออกซิโทซินและเอนดอร์ฟินหลั่งออกมาได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดการหดตัวของมดลูกไม่ดีการเปิดขยายของปากมดลูกจะช้าตามมาทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า

การเจ็บครรภ์คลอดและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะคลอดร่วมกับความปวด ส่งผลต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ดังต่อไปนี้

1. ผลต่อผู้คลอด

1.1 การคลอดล่าช้า เมื่อเกิดความปวดที่รุนแรง จะเกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งแคทีโคลามีน คอร์ติโคสเตอรอยด์ และอะซิติลโคลีน ไทรอยด์ฮอร์โมน (Acetylcholine thyroid hormone) มี

ผลทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้า และส่งผลให้ระยะที่ 1 ของการคลอดล่าช้า (Summer, 2000; Lowe, 2002)

1.2 ภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดจะมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นเนื่องจากมดลูกมีการหดตัว และขณะเดียวกันความวิตกกังวลและความปวดจากการที่มดลูกหดตัวถี่ขึ้น จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจในการตอบสนองต่อการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้การหายใจเร็วขึ้นส่งผลให้ผู้คลอดเกิดภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) ร่วมกับภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (Summer, 2000; Lowdermilk, 2004)

1.3 ระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิด free fatty acid และ lactate ในเลือดสูงขึ้น มีผลให้ร่างกายเกิดการเสียสมดุลของกรดต่าง (Brownridge, 1995)

1.4 ความปวดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความปวดในการคลอดเพิ่มขึ้น โดยที่ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว การหดตัวของมดลูกลดลง เป็นผลให้เกิดความก้าวหน้าในการคลอดล่าช้า (Zwelling et al., 2006) และเมื่อเกิดความปวดเพิ่มขึ้น ความกลัว ความวิตกกังวลและความตึงเครียดก็จะตามมา กลายเป็นวงจรความกลัว ความเครียด ความปวด (Fear-tension-pain syndrome) ซึ่งวงจรนี้รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ปากมดลูกเปิดช้า การเจ็บครรภ์คลอดจึงยาวนาน (Dick-Read, 2004)

2. ผลต่อทารกในครรภ์

ความปวดที่รุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดส่งผลโดยตรงต่อทารกในครรภ์ เมื่อมดลูกหดตัว แต่ละครั้งผู้คลอดเกิดความปวด ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกหดตัว ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกลดลง ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปสู่ทารกในครรภ์ไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ภาวะเลือดของทารกเป็นกรด (Fetal metabolic acidosis) และทำให้

เกิดภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (Fetal distress) ซึ่งเป็นภาวะที่ทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายตามมา (Reynolds, 2010)

จะเห็นได้ว่าความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดนั้นทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ การที่ผู้คลอดมีความปวดมากและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเจ็บครรภ์คลอดเป็นเวลายาวนาน ทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (Fetal distress) ทำให้ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการเข้ามาเพื่อช่วยคลอด หรือต้องใช้ยาระงับความรู้สึกปวด ซึ่งส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับผลกระทบจากการใช้ยาบรรเทาความปวดไปด้วย (Waldenstrom et al., 2004) และตัวผู้คลอดเองอาจเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี กลัวการคลอดในครั้งต่อไปอาจทำให้ผู้คลอดไม่ต้องการที่จะคลอดเองตามธรรมชาติ เลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

กลไกการเกิดความปวด

ทฤษฎีที่อธิบายกลไกการเกิดความปวดมีหลายทฤษฎี ทฤษฎีที่นิยมใช้ในการอธิบายการยับยั้งความปวดในระยะคลอด ได้แก่ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ซึ่งเสนอโดยเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1967) ทฤษฎีควบคุมประตู เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเกิดความปวดที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถอธิบายความปวดได้ทั้งร่างกาย และจิตใจ ทฤษฎีนี้อธิบายกลไกการเกิดความปวดว่าร่างกายเรามีเส้นใยประสาทที่สามารถนำส่งสัญญาณความปวดและขัดขวางสัญญาณความปวดโดยเส้นใยประสาท เอ เบต้า (A beta fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ และเส้นใยประสาท เอ อัลฟา (A alpha fiber) มีขนาดใหญ่ที่สุด ซึ่งเส้นใยประสาททั้งสองชนิดนี้รับสัญญาณจากการนวด การกด และอุณหภูมิ ส่วนเส้นใยประสาทขนาดเล็กคือเส้นใยซี (C fiber) และเส้นใยประสาท เอ เดลต้า (A delta fiber) ซึ่งเส้นใยประสาทขนาดเล็กทั้งสองชนิดนี้จะเป็นตัวรับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย โดยส่งผ่านตัวรับความรู้สึกปวด (Nociceptors) ไปที่บริเวณ dorsal horn ที่ไขสันหลัง (Spinal cord) ซึ่งจะมีเซลล์ที่ชื่อว่า substantial gelatinosa (SG cell) มีหน้าที่

คอยควบคุมการปิดเปิดประตูของไขสันหลังที่จะยอมให้ สัญญาณความปวดสามารถเดินทางไปสู่สมองผ่าน transmission cell (T cell) ถ้าสัญญาณความปวดสามารถเดินทางไปสู่สมองได้ร่างกายจะเกิดการรับรู้ ความปวดขึ้น สัญญาณประสาทของเส้นใยประสาท ขนาดใหญ่ทั้ง เอ เบต้า และ เอ อัลฟายังเป็นตัวที่สามารถควบคุมการปิดประตูได้เช่นกัน หากเส้นใยประสาททั้งสองชนิดนี้ได้รับการกระตุ้นด้วยการนวด สัมผัส จะส่งผลให้ยับยั้งการส่งข้อมูลความปวดของ SG cell ไปยัง T cell ที่ไขสันหลัง เป็นการปิดประตูการส่ง สัญญาณความปวดไปสู่สมองได้ (Melzack & Wall, 1967; Siegele, 1974) การปิดเปิดประตูที่ไขสันหลังนั้น ยังสามารถขึ้นอยู่กับระบบการคิด (Cognitive system) อีกด้วย เนื่องจากกลไกความคิดส่วนกลาง (Central cognitive mechanism) สามารถควบคุมการทำงานของกลไกประตูได้ โดยสั่งการให้ปิดประตูโดยผ่าน สัญญาณการควบคุมไปทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ ยับยั้งการทำงานของ T cell ที่ไขสันหลัง ทำให้ปิดประตู ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการทำงานของความคิด เช่น มีความ สนใจต่อความปวด ก็จะเกิดการรับรู้ความปวดมากขึ้น เพราะกลไกความคิดส่วนกลางไม่สามารถสั่งการให้ปิด ประตูที่ไขสันหลังได้

ดังนั้นการเจ็บครรภ์คลอดจึงเป็นกลไกการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้คลอดสามารถรับรู้ ความปวดโดยผ่านทางไขสันหลัง (Spinal cord) และส่ง สัญญาณความปวดไปที่สมอง จึงทำให้ผู้คลอดเกิดการ รับรู้ความปวด จะเห็นได้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็น กลไกค่อนข้างซับซ้อนเป็นความปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้น ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่ผู้คลอดจะสามารถ เผชิญความปวดได้มากหรือน้อยจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยทาง ร่างกาย ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ส่วน ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และประสบการณ์ความปวดที่เคยผ่านมา (Dick-Read, 2004) หากผู้คลอดไม่ได้รับการจัดการความปวดและไม่สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้ เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ตามมา

การจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

การจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด เป็นสิ่งสำคัญและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการ จัดการดูแล เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย การศึกษาวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์ คลอดได้ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย และมี การศึกษาวิธีเพื่อบรรเทาความปวดในระยะเจ็บครรภ์ คลอดหลายวิธีโดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีควบคุม ประตู พยาบาลควรมีความเข้าใจทฤษฎีความปวดและ การศึกษาวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด วิธีการบรรเทาความปวด ในระยะเจ็บครรภ์คลอดจากการศึกษาวิจัย มีดังนี้

1. การใช้ความร้อน การลดความปวดด้วย ความร้อนนั้น ความร้อนจะไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่บริเวณผิวหนัง ทำให้ช่วยลดการส่งสัญญาณความ ปวดไปที่ T cell ส่งผลให้การส่งสัญญาณของความปวด จากระดับไขสันหลังไปยังสมองลดลง (Melzack & Wall, 1967) นอกจากนั้นความร้อนยังช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดจะช่วย ลดความปวดที่เกิดจากการขาดเลือดและเพิ่มการ ไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและส่งต่อไปยังทารกใน ครรภ์อีกด้วย (D'Arcy, 2007; ศศิธร, 2554) ตลอดจน ความร้อนทำให้เกิดการผ่อนคลายโดยความร้อนจะไป กระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) มีผล ให้ความปวดลดลง วิธีการประคบร้อนมีการนำไปใช้ หลากหลายรูปแบบ เช่น 1) ใช้กระเป๋าน้ำร้อนโดยการ ใส่ น้ำร้อนลงในกระเป๋ อุ่นหุ้มไม่ควรเกิน 45 องศา เซลเซียส ประคบบริเวณหลังส่วนล่าง และใช้เวลาใน การประคบ 15-20 นาที พบว่าช่วยให้ความปวดลดลง (Behmanesh et al., 2008) 2) ผ้าขนหนูประคบอุ่น ความร้อนที่ใช้อุณหภูมิในช่วง 37.7-43.3 องศาเซลเซียส บิดหมาดประคบบริเวณหน้าท้องส่วนล่างและหลัง ส่วนล่างเหนือก้นกบ ใช้เวลาประบายนาน 15 นาที และ ประคบซ้ำทุก 30 นาที ตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร จนถึง 10 เซนติเมตร พบว่าความปวดลดลง (Devi et al., 2017) 3) ลูกประคบข้าวเหนียวดำ ใช้ ลูกประคบข้าวสารเหนียวดำนำไปนึ่ง 10 นาที และ นำมาประคบบริเวณสะโพก กระเบนเหน็บและก้นกบ ข้างละ 10 นาที เปลี่ยนลูกประคบทุก 10 นาที วิธีนี้ใช้

ร่วมกับการนวดบริเวณที่ประคบเป็นเวลา 30 นาที พบว่าคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวด ร่วมกับการประคบร้อน (ทัศนีย์ และคณะ, 2556)

2. การสัมผัสและการนวด การสัมผัสและการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่ผิวหนัง ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดจาก SG cell ไปยัง T cell ที่อยู่ใน dorsal horn ส่งผลให้ระบบการควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงลดการส่งกระแสประสาทความปวดไปยังระดับสมองทำให้การรับรู้ความปวดลดลง นอกจากนี้ยังช่วยทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดี การนวดและการสัมผัสนี้ส่วนใหญ่จะทำบริเวณก้นกบหรือตำแหน่งที่ผู้คลอดปวด โดยใช้มือนวดลึกๆ เป็นวงกลมที่บริเวณก้นกบขณะมดลูกมีการหดตัว น้ำหนักมือให้คงที่สม่ำเสมอ (ดาริกา และคณะ, 2554) นอกจากนี้แล้วยังมีการนวดกดจุด (Acupressure) เป็นการนวดประยุกต์นำมาเน้นเฉพาะจุดตำแหน่งที่ปวดซึ่งช่วยลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ (ดาว และคณะ, 2558) และยังสามารถลดอาการปวดหลังในระยะคลอด ในรายที่ทารกอยู่ในท่าศีรษะส่วนท้ายทอยเป็นส่วนนำ (Occipito-posterior position) (West, 2001) นอกจากนี้ การนวดกดจุดเป็นการสัมผัสบริเวณต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดได้รับรู้ถึงการดูแลบรรเทาความปวดทำให้ผู้คลอดผ่อนคลายลดความกังวลได้มากขึ้น

3. การใช้เทคนิคการหายใจ การใช้เทคนิคการหายใจเป็นวิธีที่ลดความปวดได้ดีเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมเนื่องจากปฏิบัติได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้เองโดยการหายใจแบบล้างปอด (Cleansing breath) โดยเริ่มจากการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ทางจมูก และหายใจออกทางปากช้าๆ 1 ครั้ง หลังจากนั้นหายใจแบบลึกๆ ช้าๆ (Slow-deep chest breathing) โดยหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-4) แล้วผ่อนการหายใจออกทางปากช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-5) โดยทำในอัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้งต่อนาที ซึ่งทำในขณะที่มดลูกหดตัว การใช้เทคนิคการหายใจเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจอย่างหนึ่งโดยการให้ผู้คลอดมีสมาธิในการควบคุมการหายใจซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความปวดลดลง (ดาริกา และคณะ, 2554)

4. การลูบหน้าท้อง เป็นการกระตุ้นทางผิวหนังด้วยการสัมผัส โดยสามารถลดความปวดได้จากการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ส่งสัญญาณไปปิดประตูความปวดที่ไขสันหลังทำให้การรับรู้การความปวดลดลง วิธีการลูบหน้าท้องทำโดยการใช้ปลายฝ่ามือทั้ง 5 นิ้ว นวดเป็นวงกลมด้วยจังหวะที่สม่ำเสมอบริเวณหน้าท้องโดยวนเป็นรูปวงกลม ทำซ้ำเวลามดลูกหดตัวพบว่าความปวดลดลง (ดาริกา และคณะ, 2554)

5. การใช้กระบวนการคิดรู้ (Cognitive process) เป็นการควบคุมระบบประสาทที่ทำหน้าที่แปลตัวกระตุ้นความปวดโดยระบบด้านความคิด (Cognitive system) สามารถสั่งการให้ประตูปิดที่ไขสันหลังได้ ปัจจุบันการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคลอดในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดจะช่วยให้ผู้คลอดได้รับรู้ ลดความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการตัดวงจรความกลัว ความตึงเครียด และความปวดให้กับผู้คลอดระหว่างที่รอคลอด โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้คลอด จากการศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวล แก่ผู้คลอดครรภ์แรก ในระยะที่ 1 ของการคลอดพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้ความปวดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (สร้อย และปราณิสยา, 2557)

6. การแช่น้ำ (Immersion in water) เป็นการลดความปวดอีกวิธีหนึ่งโดยให้ผู้คลอดแช่ในน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดาเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การแช่น้ำยังส่งผลให้มีการหลั่งเอนดอร์ฟิน (Endorphin) การไหลเวียนเลือดไปที่มดลูกดีขึ้น (Zwelling et al., 2006) ช่วยให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน จึงช่วยให้มดลูกมีการหดตัวดีขึ้น และช่วยกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ปิดประตูความปวดที่ไขสันหลัง (Benfield & Hortobagyi, 2010) จากการศึกษาพบว่า การแช่น้ำอุ่นที่มีอุณหภูมิไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 25 นาที พบว่าผู้คลอดที่แช่น้ำรับรู้ความปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้แช่น้ำ (ศศิธร, 2554)

ดังนั้นการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดนั้น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถช่วยให้ผู้คลอดสามารถก้าวผ่านความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดไปได้ โดยช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวด

ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการความปวดมีหลากหลายวิธี โดยแต่ละวิธีอาจแตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้คลอดแต่ละบุคคลซึ่งหวังผลให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้รับความปลอดภัย ปัจจุบันได้เห็นความสำคัญของการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นอย่างมาก ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการบรรเทาความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดหลายเรื่อง ซึ่งผลของการศึกษา พบว่าวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาหลายวิธีสามารถลดความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้ และที่น่าสำคัญคือผู้คลอดได้รับความผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้ความทนต่อความปวดดีขึ้น

บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้คลอดให้สามารถก้าวผ่านการเผชิญความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดเพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด มีดังนี้

1. การให้ความรู้ผู้คลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด สิ่งที่ต้องเผชิญเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ความปวดและวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด และการดูแลช่วยเหลือที่ผู้คลอดจะได้รับ เป็นการเตรียมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด โดยเน้นที่การให้ความรู้และความมั่นใจ เพื่อให้ผู้คลอดลดความกลัวและลดความไม่รู้เกี่ยวกับการคลอด (Dick-Read, 2004) การเตรียมความพร้อมต่อการจัดการความปวดที่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะการเจ็บครรภ์คลอดเป็นการพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดสามารถคาดการณ์ได้ว่าต้องเผชิญกับสิ่งใด จะเผชิญกับความปวดที่จะเกิดขึ้นอย่างไร เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

2. การประเมินผู้คลอดในระยะคลอด พยาบาลควรซักประวัติผู้คลอดเกี่ยวกับประวัติการฝากครรภ์ การเข้ารับการสอนการเตรียมคลอด รวมถึงประเมินความวิตกกังวล ความต้องการในการช่วยเหลือสนับสนุนของผู้

คลอด และประเมินการรับรู้ความปวด โดยการวัดความรุนแรงของความปวดว่ามีคะแนนความปวดเท่าใด และประเมินว่าความปวดส่งผลกระทบต่อผู้คลอดอย่างไร เมื่อผู้คลอดมีความปวดพฤติกรรมในการเผชิญความปวดของผู้คลอดเป็นอย่างไร ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม

3. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยภายนอกส่วนหนึ่งที่สำคัญ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม บรรยากาศที่เงียบสงบ ความเป็นส่วนตัว อุณหภูมิภายในห้องเหมาะสมสามารถปรับได้ตามความต้องการของผู้คลอด ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยลดการรับรู้ความปวดได้ (พิสุทธิ์, 2557)

4. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด การคอยดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือ การให้กำลังใจ รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอด จะช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่นใจ รับรู้ถึงความสนใจและความห่วงใยที่มีต่อผู้คลอด เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ดีขึ้น (สร้อย และปราณีสา, 2557)

5. การให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดและทารกในครรภ์ เช่น ผลการตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก ผลการฟังเสียงหัวใจของทารก ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้คลอดจะได้รับ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด และช่วยลดการรับรู้ความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้ (สร้อย และปราณีสา, 2557)

6. การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยาในระยะเจ็บครรภ์คลอด เลือกใช้วิธีการบรรเทาความปวดให้เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละราย โดยให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตลอดจนสนับสนุนและช่วยเหลือผู้คลอดในการจัดการความปวดด้วยวิธีต่างๆ และติดตามประเมินผล

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ความปวดที่รุนแรงในระยะเจ็บครรภ์คลอดอาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ การจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดจึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกในครรภ์ การ

จัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา มีหลายวิธีที่ได้ผ่านการ
ศึกษาวิจัยแล้ว พบว่าสามารถลดความปวดในระยะเจ็บ
ครรภ์คลอดได้ พยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการ
เกิดความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดและศึกษาวิธีการ
ต่างๆ ที่ใช้บรรเทาความปวด เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับผู้
คลอดแต่ละรายอย่างเหมาะสม พยาบาลควรรู้ผู้
คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์เกี่ยวกับการคลอด การเจ็บครรภ์
คลอด การจัดการความปวด และการดูแลรักษาที่จะได้รับ
เพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญ
ความปวดในระยะคลอดได้ดี ตลอดจนช่วยจัดการความ
ปวดด้วยวิธีต่างๆ หรือผสมผสานหลายวิธีอย่างเหมาะสม
เพื่อบรรเทาความปวดและส่งเสริมการเผชิญความปวด
ให้แก่ผู้คลอดในระยะคลอด

เอกสารอ้างอิง

ดาริกา วรวงศ์ สร้อย อนุสรณ์ธิกุล และวิชุดา ไชยศิ
วมงคล. 2554. ระดับความเจ็บปวดของมารดา
ในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการ
บรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบ
หน้าท้องและการนวดก้นกบ. **วารสาร
พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 34(3): 31-39.

ดาว แดงดี เอมพร รตินธร ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และสม
ชัย โกวิทเจริญกุล. 2558. ผลของการกดจุด
L14 และ BL32 ต่อความเจ็บปวดในระยะที่
หนึ่งของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 33(4): 15-26.

ทัศนีย์ คล้ายขำ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ นันทนา ธนา
โนววรรณ และวรรณภา พาทูวัฒนกร. 2556.
ผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อ
ความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของ
ผู้คลอดครรภ์แรก. **วารสารพยาบาลศาสตร์**.
31(2): 38-47.

พิสุทธิ์ ปทุมาสูตร. 2557. การควบคุมความเจ็บปวดใน
ระยะคลอด. ใน: วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม และคณะ
(บรรณาธิการ), **การดูแลภาวะแทรกซ้อนของ
การตั้งครรรภ์ร่วมสมัย**. (น. 97-104).
กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.

วีวรรณ ภาษาประเทศ เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์ และ สิตานันท์
ศรีใจวงศ์. 2556. **การพยาบาลระยะคลอด**.
นนทบุรี: ยูทริรินทร์ การพิมพ์.

ศศิธร เตชะมวลไวยวิทย์. 2558. ความปวดและการ
จัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของ
การคลอด. **วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี
กรุงเทพ**. 31(1): 114-124.

ศศิธร พุ่มดวง. 2554. **การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่
ใช้ยา**. (พิมพ์ครั้งที่ 11). สงขลา: เค ก๊อปปี.

สร้อย อนุสรณ์ธิกุล และปราณิสรา กิตติปัญญา. 2557.
ผลของโปรแกรมให้ความรู้ และการช่วยเหลือ
ของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และ
ความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะ
ที่หนึ่งของการคลอด. **วารสารพยาบาลศาสตร์
และสุขภาพ**. 36(1): 23-30.

Behmanesh, F., Pasha, H. and Zeinalzadeh, M.
2008. The effect of heat therapy on labor
pain severity and delivery outcome in
parturient women. **Iranian Red Crescent
Medical Journal**. 11: 188-192.

Benfield, R. D. and Hortobagyi, T. 2010. The
effects to hydrotherapy on anxiety,
pain, neuroendocrine responses, and
contraction dynamics during labor.
Biological Research Nursing. 12(1): 28-
36. Retrieved August 10, 2017 from
<http://doi/pdf/10.1177/1099800410361535>

Brownridge, P. 1995. The nature and consequences
of childbirth pain. **European Journal of
Obstetrics, Gynecology and Reproductive
Biology**. 59 (Suppl): 9-15.

D' Arcy, Y.M. 2007. **Pain management
Evidence- Base Tools and Techniques
for Nursing Professionals**. United
States of America: HC Pro Inc.

Devi, T.R., Memchoubi, K. and Devi, N.S. 2017.
Effect of sacral warm compress on the
level of pain during first stage of labour
among primi gravida mothers.
**International Journal of Applied
Research**. 3(6): 144-149.

Dick-Read, G. 2004. **Childbirth without fear.** (2nd ed.). London: Pinter & Martin.

Lowdermilk, D.L. and Perry, S.E. 2004. **Maternity & Women health care.** (8th ed.) . St.Louis: Mosby.

Lowe, N.K. 2002. The nature of labour pain. **American Journal Obstetrics Gynaecology.** 186(5) : 16-24.

Melzack, R. and Wall, P.D. 1967. Pain mechanisms: a new theory. **Survey of anesthesiology.** 11(2): 89-90.

Murray, S.M. and McKinney, E.S. 2005. **Foundation of maternal newborn nursing.** (4th ed.). New York: Lippincott.

Reeder, S. R. and Martin, L. L. 1987. **Maternity nursing: family newborn and woman's health care.** (15th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Co.

Reynolds, F. 2010. The effects of maternal labour analgesia on the fetus. **Clinical Obstetrics and Gynaecology.** 24(30) : 289-302.

Siegele, D.S. 1974. Pain and suffering: the gate control theory. **American Journal of Nursing.** 74(3): 498-502.

Summer, S. 2000. Evidence-Base Practice Part1: Pain definition, Pathophysiologic mechanisms, and theory. **Journal of Anesthesia Nursing.** 15(5): 357-65.

Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. and Radestad, I. 2004. A Negative birth experience: Prevalence and risk factor in National sample. **Birth.** 31(1): 17-27.

West, Z. 2001. **Acupuncture in pregnancy and childbirth.** London: Churchill Livingstone.

Zwelling, E., Johnson, K. and Allen, J. 2006. How to implement complementary therapies for laboring women. **The American**

Journal of Maternal Child Nursing.
31(6): 364-370.