

ความปวดและการจัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด

PAIN AND PAIN MANAGEMENT OF MOTHERS DURING THE FIRST STAGE OF LABOR

ศศิธร เตชะมวไลวิทย์ (Sasithorn Techamuanwaiwit)¹

บทคัดย่อ

ความปวดในระยะคลอดถือเป็นความปวดที่มารดาคลอดบุตรทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูก เพื่อจะขับเคลื่อนทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูก มารดาคลอดบุตรจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในทุกระยะของการคลอด ซึ่งระยะที่หนึ่งนับว่าเป็นระยะที่นานที่สุดเมื่อเทียบกับระยะอื่น ๆ ของการคลอด เป็นระยะที่มารดาส่วนหนึ่งหมดความอดทน ความปวดจะทำให้เกิดความเครียด ที่จะส่งผลทำให้ทารกอาจมีภาวะการขาดออกซิเจนได้ ดังนั้นการจัดการความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดจึงมีความสำคัญ เพื่อบรรเทาอาการปวด โดยการจัดการความปวดมีหลายวิธีทั้ง การไม่ใช้ยา และการใช้ยา ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดแต่ละบุคคล บทความนี้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยา กลไกการคลอด การประเมินระดับความปวดในระยะคลอด และแนวทางการวางแผนดูแลจัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจในการจัดการความปวด และสามารถช่วยเหลือมารดาให้คลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์ การจัดการความปวด มารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ E-mail: sasithorntecha@gmail.com.

Abstract

Labor pain is an inevitable phenomenon for all mothers due to a continuous and progressive contraction of the uterus toward delivery. Pain during the first phase of labor is considered the longest compared to other stage of delivery. Pain can cause stress that affect baby and cause hypoxia. Pain management in the first stage of labor is crucial, this article review anatomy and physiology of delivery, assessment of labor pain based on individual patient's threshold, and summarize the recommend approach and current nonpharmacologic and pharmacologic of labor pain management. Nurses provide close care to mother and should learn in correct interpret level of labor pain and utilize as supportive data in planning for maternal care during first stage of labor.

Keywords: labor pain, pain management, first stage of labor

บทนำ

ความปวดในระยะคลอดถือเป็นความปวดที่มารดาคลอดบุตรทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูก เพื่อจะขับเคลื่อนทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูก มารดาคลอดบุตรจะได้รับทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในทุกะยะของการคลอดซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมดระยะที่ 2 คือ ระยะปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ระยะที่ 3 ระยะทารกคลอดจนถึงรกคลอด และระยะที่ 4 คือระยะที่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) ในแต่ละระยะจะมีความปวดที่มีความรุนแรงต่างกัน

ระยะที่หนึ่งของการคลอด มารดาจะมีความปวดจากการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อมดลูก การยืดขยายของปากมดลูก กล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน ฝีเย็บ และจากแรงกดดันของส่วนนำของทารกต่อปากมดลูกช่องคลอด บางส่วนของท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนัก (มณีภรณ์โสมานุสรณ์, 2556) โดยทั่วไปจะมีระยะเวลานานประมาณ 8-24 ชั่วโมงในครรภ์แรก

เฉลี่ย 12 ชั่วโมง และ 4-12 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง (วีรวรรณภาษาประเทศ, เพ็ญพัทธ์ลูกอินทร์และลิตานันท์ ศรีใจวงศ์, 2556) ซึ่งนับว่าเป็นระยะที่นานที่สุดเมื่อเทียบกับระยะอื่น ๆ ของการคลอดจึงเป็นระยะที่มารดาส่วนหนึ่งหมดความอดทน และไม่ต้องการให้เกิดความปวดอีก เกิดความกลัวในการคลอดโดยวิธีธรรมชาติ นำไปสู่ความต้องการผ่าตัดคลอดเด็กออกทางหน้าท้อง ซึ่งจากการวิจัยในมารดา 329 รายพบว่าความกลัวการคลอดทำให้มารดาต้องการได้รับการผ่าตัดคลอดสูง (Melender, 2002 อ้างใน ศศิธร พุมดวง, 2553) และไม่ให้ความร่วมมือในการให้การดูแลรักษาในการช่วยคลอดธรรมชาติ ความปวดของมารดาระยะคลอดเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน ชนิดที่เรียกว่าความปวดนอซิเซพทีฟ (nociceptive pain) ซึ่งบ่งบอกว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยา โดยสาเหตุเกิดจากการกระตุ้นของประสาทรับรู้ความปวดในเนื้อเยื่อที่มีการบาดเจ็บจากการขยายตัวและการบีบรัดตัวของมดลูก ผู้ป่วยมักบรรยายลักษณะความปวดว่า ปวดเหมือนมีดบาด (sharp) ปวดตื้อ ๆ (throbbing) หรือปวดแบบตื้อ ๆ (aching) ผู้ป่วยจะชี้ตำแหน่งที่ปวดได้ การจัดการความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด

ทำได้หลายวิธีทั้งโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา และการใช้ยา ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับความปวดของมารดาในระยะคลอดและความต้องการของแต่ละบุคคล การปล่อยให้มารดา ระยะคลอดทนทุกข์ทรมานจากความปวดเป็นเวลานาน จะมีผลเสียตามมาหลายประการ เช่น ความเครียด ที่จะส่งผลทำให้ทารกอาจมีภาวะการขาดออกซิเจนได้ (ธีระทองสง, 2555) ดังนั้นพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการกลุ่มนี้จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาและรายงานเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาอยู่หลายวิธี เช่น การลูบหน้าท้อง การนวด การฟังดนตรีและการกดจุด เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยให้มารดามีความปวดขณะคลอดลดลง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการจัดการความปวดโดยใช้ยาแก้ปวด ซึ่งในทางปฏิบัติบางครั้งแพทย์อาจพิจารณาให้ยาแก้ปวดแก่มารดาคลอดได้หากจำเป็น บทความนี้ผู้เขียนได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายให้พยาบาลและผดุงครรภ์ผู้ดูแลมารดาที่มีความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดใช้ความรู้เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกความปวดในระยะคลอด ตลอดจนการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม สามารถแยกแยะความปวดที่เป็น การเจ็บครรภ์เตือนและเจ็บครรภ์จริงได้แม่นยำ และมีความรู้ประยุกต์ใช้เพื่อจัดการความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดด้วยการใช้ยาแก้ปวดและวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กลไกความปวดในระยะคลอด

ความปวดในระยะคลอดเป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าร่างกายของมารดาคลอดมีการเปลี่ยนแปลงและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการคลอด ซึ่งได้กล่าวนำมาไว้ในตอนต้นว่าสามารถแบ่งระยะคลอดได้เป็น 4 ระยะ

นั้น ระยะที่หนึ่งของการคลอดเป็นระยะที่มีความสำคัญที่สุดเพราะอาการปวดจะเป็นสัญญาณบ่งชี้ให้มารดาเตรียมความพร้อมเข้าสู่การคลอดระยะต่อไป ๆ มา

สมาคมความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP) ได้ให้ความหมายความปวดไว้ว่า คือ ประสบการณ์ด้านการรับรู้และอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันเกิดเนื่องจากเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บหรือการถูกอธิบายรูปแบบการบาดเจ็บ (IASP, 2004 as cited in Hughes, 2008) ดังนั้นความปวดในระยะคลอด จึงหมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายที่มารดา ระยะคลอดไม่ต้องการให้เกิดขึ้น แต่อาจไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการคลอด คือ กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการยืดขยายและหดตัว บีบรัดเป็นพัก ๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ เกิดการขาดเลือดชั่วคราว ความปวดที่เกิดขึ้นนี้ จะหายไปเมื่อการคลอดสิ้นสุดลง

กลไกความปวดในระยะคลอดยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดแต่มีหลายทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์เชื่อมโยงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับมารดา ทารก และรก นำไปสู่การหดตัวของมดลูกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งการคลอดเสร็จสิ้น สมบูรณ์โดยมีภรณ์โสมานุสรณ์ (2554) และวีรวรรณ ภาษาประเทศ และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา แล้วสรุปแต่ละทฤษฎีโดยอธิบายได้พอสังเขปดังนี้

1. ทฤษฎีการยืดขยายของมดลูก (Uterine stretch theory) เมื่อครรภ์ครบกำหนด มดลูกจะยืดถึงขีดสุดจนไม่สามารถยืดขยายต่อไปได้อีก จะเกิดขบวนการทำให้มีการทำงานประสานกันของมดลูกส่วนบนและส่วนล่าง เรียกว่า การเกิด depolarization ทำให้กระตุ้นมดลูกหดตัว

2. ทฤษฎีการกระตุ้นฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin stimulation theory) เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น

มดลูกจะไวต่อการกระตุ้นจาก oxytocin มากขึ้น และในช่วงระยะท้ายของการตั้งครรภ์ oxytocin เพิ่มขึ้นและเพิ่มสูงสุดระยะที่ 2 ของการคลอด ทำให้มดลูกหดตัว

3. ทฤษฎีการขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone withdrawal theory) ฮอร์โมน progesterone มีฤทธิ์ยับยั้งการหดตัวของมดลูก โดยไปขัดขวางการนำกระแสประสาทกล้ามเนื้อมดลูก ในระยะใกล้คลอด progesterone ลดลงทำให้มดลูกหดตัว

4. ทฤษฎีการกระตุ้นฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen stimulation theory) เมื่อครรภ์ครบกำหนด estrogen เพิ่มขึ้น ส่งผลให้โซเดียมภายในเซลล์สูงกว่าโพแทสเซียมจึงเกิดการส่งผ่านของกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวและเพิ่มการสังเคราะห์ prostaglandin

5. ทฤษฎีการกระตุ้นฮอร์โมนพรอสตาเกินดิน (Prostaglandin theory) ระยะใกล้คลอดฮอร์โมน prostaglandin เพิ่มขึ้น โดยต่อมหมวกไตจะหลั่งสารกระตุ้นเยื่อหุ้มทารกชั้น chorion และ amnion หลั่งสาร prostaglandin ทำให้มดลูกหดตัว

6. ทฤษฎีฮอร์โมนคอร์ติซอลของทารก (Fetal cortisol theory) เมื่อทารกในครรภ์โตเต็มที่ adrenocorticotrophic hormone จะกระตุ้นต่อมหมวกไตให้สร้าง cortisol เพิ่มขึ้น มีฤทธิ์ทำให้รกผลิตฮอร์โมน progesterone ข้าง แต่ไปกระตุ้นฮอร์โมน prostaglandin มีผลให้มดลูกหดตัว

7. ทฤษฎีความดัน (Pressure theory) การเคลื่อนตัวของส่วนนำของทารกจะกระตุ้นตัวรับรู้ความดันที่บริเวณมดลูกส่วนล่าง ส่งสัญญาณไปที่ต่อมใต้สมองให้หลั่ง oxytocin ทำให้มดลูกหดตัว

8. ทฤษฎีอายุของรก (Placental aging theory) หลังอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ การไหลเวียนเลือดบริเวณรกลดลง ทำให้รกเสื่อม และผลิต progesterone ลดลง

9. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงอัตราส่วนระหว่าง estrogen/progesterone (Changes in the estrogen/

progesterone ratio) ระยะต้น ๆ ของการตั้งครรภ์มี progesterone มาก กระตุ้น beta-receptor ทำให้มดลูกคลายตัว ระยะท้ายของการตั้งครรภ์ estrogen เพิ่มขึ้น กระตุ้น alpha-receptor ทำให้มดลูกหดตัว

ทฤษฎีต่าง ๆ ดังกล่าว สามารถร่วมกันอธิบายปรากฏการณ์ความปวดที่เกิดขึ้นแก่มารดาที่มาเข้ารับบริการการคลอด ทั้งนี้พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จะต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด โดยต้องสามารถจำแนกความปวดที่เป็นอาการ “เจ็บครรภ์เตือน” (ปวดไม่รุนแรง เกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ ปวดเฉพาะบริเวณหน้าท้องอาการปวดไม่สัมพันธ์กับการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ไม่มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ตำแหน่งของปากมดลูกอยู่ด้านหลัง) และ “เจ็บครรภ์จริง” (ปวดบริเวณด้านหลังร้าวไปหน้าท้องและต้นขาทั้งสองข้าง อาการปวดสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก มดลูกจะหดตัวสม่ำเสมอ เกิดขึ้นทุก 10-15 นาที และถี่ขึ้น มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด ตำแหน่งของปากมดลูกอยู่ด้านหน้า) (วีรวรรณ ภาษาประเทศ และคณะ, 2256; สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) ได้อีกด้วย ซึ่งความปวดระยะคลอดไม่ว่าจะอธิบายด้วยกลไกตามทฤษฎีใดข้างต้น สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันคือ การมีสิ่งเร้าความปวด (noxious stimuli) คือ การบีบรัดตัวของมดลูกเป็นตัวเริ่มต้นของเส้นทางส่งผ่านกระแสความปวด (pain pathway)

การประเมินความปวด

การประเมินความปวดมารดาที่มาคลอดบุตรแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการคลอดและความปวดที่เคยมีมาก่อน และปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ ดังนั้นการการประเมินความปวดในระยะคลอด พยาบาลและผดุงครรภ์จึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินความปวดให้

ครอบคลุมทั้งจากการตรวจร่างกาย และจากการสอบถาม โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Murdaugh, 2008)

1. การตรวจทางร่างกาย (Physical examination) ข้อมูลจากการตรวจร่างกาย เป็นข้อมูลสำคัญช่วยบ่งชี้ว่าขณะนี้ร่างกายของมารดาเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอดโดยแท้จริงแล้วหรือไม่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญในระยะที่ 1 ของการคลอด ประเมินได้จากระยะเวลาการหดตัวของมดลูก (duration of contraction) ระยะพัก (resting period) และระยะห่างของการหดตัว (interval of contraction) ความถี่ของการหดตัว (frequency of contraction) และความแรงของการหดตัว (intensity or severity) โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ระดับน้อย (mild or +) ระดับปานกลาง (moderate or ++) ระดับมาก (high or +++) ระดับมากผิดปกติ (tetanic contraction or ++++) การเกิดรอยต่อระหว่างส่วนบนและส่วนล่างของมดลูก นอกจากนี้ยังประเมินความสั้นบางและการเปิดขยายของปากมดลูก การเปลี่ยนแปลงของมูก และการเปลี่ยนแปลงภายในน้ำคร่ำ เป็นต้น (วีรวรรณ ภาษาประเทศ และคณะ,

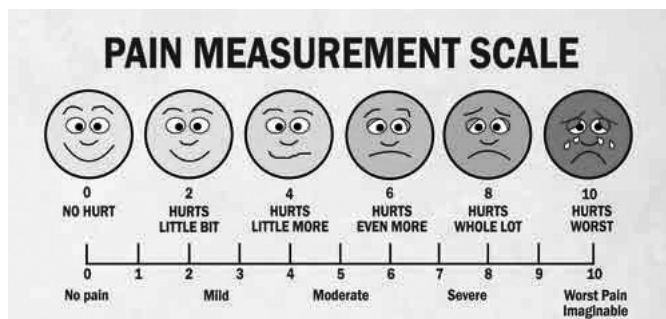
2256) การตรวจร่างกาย อาจพบการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่บ่งชี้ว่ามารดาระยะคลอด มีความปวด และความปวดอาจรุนแรงขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก หน้าซีดและอาการคลื่นไส้ เป็นต้น

2. ประวัติการป่วย (Medical history) จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญ ที่จะต้องใช้ประกอบในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาแก้ปวดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. เครื่องมือในการประเมิน (Pain assessment tools) เป็นสิ่งที่จะช่วยในการสื่อสารได้ดี ดังนี้

3.1 การให้วาดภาพลงในตำแหน่งที่เจ็บปวด (Anatomic drawing)

3.2 การใช้ระดับการวัดความเจ็บปวด (Visual scale) ซึ่งอาจจะเป็น ตัวเลข หรือรูปหน้าคนได้อาทิ เช่น การบอกความรู้สึกเป็นตัวเลข (numerical rating scales : NRS) และเฟเชียล สเกลส์ (facial scales) เป็นการใช้อุปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด



Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

ที่มา: Wong, DL., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, ML., Ahmann, E., & DiVito-Thomas, PA. (1999). *Whaley and Wong's Nursing Care of Infants and Children*. 6 th ed. St. Louis: Mosby. p. 1153.

3.3 Questionnaires การตั้งคำถาม โดยประกอบด้วยคำต่อไปนี้ “PQRST” โดย P = Palliative การตั้งคำถามสิ่งที่จะทำให้ความเจ็บปวดลดลง Q = Quality การอธิบายคุณลักษณะของการเจ็บปวด เช่น ปวดเหมือนมีดบาด (sharp) R = Region/radiation

การบอกตำแหน่งของการปวดได้ S = severity บอกระดับความรุนแรงของการเจ็บปวดได้ และ T = temporal (time-related factors) บอกระยะเวลาปวดได้ว่าใช้เวลาเท่าไรแล้วช่วงที่ระยะเวลาเจ็บปวดได้จัดการความเจ็บปวดของตนอย่างไร

การประเมินความเจ็บปวดมีหลายวิธี แต่ละวิธีมีความเหมาะสมกับมารดาที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลควรที่จะเลือกใช้วิธีที่จะสามารถประเมินความเจ็บปวดมารดาเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสมเพื่อที่เป็นข้อมูลในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด

หลังจากที่ได้ประเมินความปวดแล้ว พยาบาลจะเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยบรรเทาความปวดของมารดาคลอดบุตร ทุกวันนี้ ผู้หญิงสามารถเลือกการจัดการความปวดของตนอย่างปลอดภัยโดยวิธีการไม่ใช้ยาและการใช้ยาในระบะที่ปวดคลอตและคลอตได้ ซึ่งแต่ละวิธีขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Ricci, 2013: p = 433) ผู้เขียนจึงได้นำผลงานวิจัยในแต่ละวิธีเพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนแนวทางแต่ละวิธีได้ชัดเจนยิ่งขึ้น การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมีอยู่ 2 แนวทางหลัก คือ

1. การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic pain management)

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธีซึ่งแต่ละวิธีจะเหมาะกับมารดาคลอดบุตรแตกต่างกัน บางครั้งมารดาคลอดบุตรอาจจะเลือกวิธีที่ใช้มากกว่าหนึ่งวิธี เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่มีการกล่าวถึงและนำมาปฏิบัติบ่อยครั้ง มี 4 วิธีดังต่อไปนี้ (Murray, James, & Nelson, 2012)

1.1 การผ่อนคลาย (Relaxation) การผ่อนคลายเป็นวิธีที่ทำให้มารดาทนต่อความปวดได้มากขึ้น ขณะที่ทารกมีการเคลื่อนไหวลงต่ำของส่วนนำมากขึ้น ทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้น ซึ่งเทคนิคที่ใช้คือ

1.1.1 การจัดสิ่งแวดล้อมให้ได้รับความสะดวกสบาย (Environmental comfort) โดยการปรับอุณหภูมิห้อง เสียงที่เหมาะสม บางครั้งดนตรีและโทรทัศน์อาจจะมีผลต่อมารดาคลอดบุตรได้ ซึ่งมีงาน

วิจัยที่ใช้ผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก พบว่ากลุ่มผู้ทดลอง 32 รายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (นันธิดา วัดยิ้ม, เอมพร ตินธรรณ, วรรณ พาทูวัฒนกร และ เอกชัย โคววิสารัช, 2557) ดังนั้นการใช้ดนตรีมีผลบรรเทาความปวด

1.1.2 การจัดการความสบายทั่วไป (General comfort) เช่น การที่ไม่ให้ผู้พวยนอนเตียงที่เปียกน้ำคร่ำ จัดอุณหภูมิห้องไม่ให้ร้อนเกินไป รวมถึงความสบายในการจัดท่าต่างๆ ได้มีงานวิจัยมารดา ระยะคลอดเลือกการจัดท่าต่างๆ ขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยการศึกษามารดาคลอดในประเทศอิตาลี จำนวน 225 คน พบว่า เมื่อให้มารดา ระยะคลอดเลือกการบรรเทาปวดโดยการเลือกท่าความสบายในการบรรเทาปวดด้วยตนเอง มารดา ระยะคลอดจำนวน 156 คน หลังจากอยู่ในท่าที่มารดาเลือกเองมีความบรรเทาปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Gizzo, Gangi, et al, 2014).

1.1.3 การลดความวิตกกังวลและความกลัว (Reducing anxiety and fear) โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้แก่มารดาคลอดบุตร ซึ่งมีงานวิจัยที่ใช้ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรก ในระยะที่หนึ่งของการคลอด พบว่ากลุ่มทดลอง 15 คน หลังจากให้โปรแกรมความรู้แล้วประเมินกลุ่มทดลองจะมีความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปารณิสากิตติปัญญา, 2557)

1.2 การกระตุ้นสัมผัสทางผิวหนัง (Cutaneous stimulation)

1.2.1 การนวดด้วยตนเอง (Self

-massage) โดยมารดาคลอดบุตรสามารถนวดโดยหมუნเป็นวงกลมที่หน้าท้อง หรือนวดตนเองบริเวณแขนและขา เป็นต้น

1.2.2 การนวดโดยผู้ดูแล (Massage by others) อาจจะเป็นสามีหรือคนในครอบครัวมาช่วยให้บริเวณที่มารดาคลอดบุตรปวด ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดกับความวิตกกังวลในระยะคลอด พบว่ากลุ่มทดลอง 30 คนที่ได้รับการนวดจากสามีที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมและสามารถลดระดับความวิตกกังวลจากการเจ็บครรภ์ผู้คลอดพึงพอใจต่อการนวดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดอยู่ในระดับดีมาก (Mei-Yueh Chang, Shin-Yaw Wang and Chung-Hey Chen, 2002 อ้างใน สินีนาฏ หงษ์ระนัยและอรุณี พึ่งแพง, 2554)

1.2.3 การนวดกดจุด (Acupressure) เป็นการนวดที่ประยุกต์นำการนวดมานั้นเฉพาะที่โดยจะใช้มือหรือเครื่องมือช่วยก็ได้ ซึ่งมีงานวิจัยในการนวดกดจุดโดยทำในกลุ่มทดลอง 150 คน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการกดจุดมีคะแนนความเจ็บปวดลดลงมากที่สุด (Ue Lin Chung, Li Chiao Hung, Su Chen Kuo and Chun Liang Huang, 2003 อ้างใน สินีนาฏ หงษ์ระนัยและอรุณี พึ่งแพง, 2554)

1.3 การกระตุ้นด้านจิตใจ (Mental stimulation)

1.3.1 การจินตภาพ (Imagery) ทำให้มารดาคลอดบุตรผ่อนคลายมีผลงานวิจัยศึกษาโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่ทารกนอนอยู่ในครรภ์ต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลอง 30 คนที่ได้รับการโปรแกรม เตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่ทารกนอนอยู่ในครรภ์มีระดับความเจ็บปวดใน

ระยะคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sattamai, 2011)

1.3.2 การเพ่งจุดสนใจ (Focal point) โดยอาจจะใช้วิธีการหลับตาทั้งสองข้างและอยู่ในสมาธิใช้วิธีการมองรูปภาพที่ช่วยให้ผ่อนคลาย จัดห้องให้มีบรรยากาศที่จะให้มารดาคลอดบุตรได้เพ่งมองรูปภาพได้อย่างสงบ

1.3.2 การใช้น้ำบำบัด (Hydrotherapy) เป็นการช่วยในการผ่อนคลายโดยจะให้มารดาแช่ในน้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่นมีงานวิจัยได้ศึกษาเรื่องผลการใช้น้ำบำบัดต่อความวิตกกังวล ความปวด การตอบสนองระบบประสาท และกลไกการหดตัวของมดลูก โดยให้มารดาระยะที่หนึ่งของการคลอดจำนวน 11 ราย แช่ในน้ำอุ่น เป็นเวลาหนึ่งชั่วโมง พบว่ามารดามีอาการผ่อนคลายสบาย ช่วยทุเลาอาการปวด การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีการหลั่งของฮอร์โมน oxytocin มากขึ้น (Benfield, Hortobágyi, 2010)

1.4 การหายใจ (Breathing)

การหายใจเป็นเทคนิคที่ใช้ได้ทั้งการบรรเทาการปวดโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา ซึ่งการหายใจจะเริ่มต้นด้วยการหายใจแบบ Cleansing breath จะเป็นการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก เป็นการหายใจที่เริ่มต้นและจบขบวนการหายใจในระยะที่หนึ่งของการคลอด วิธีการหายใจมี ดังนี้ 1) การหายใจแบบช้า (Slow deep chest breathing) ในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 ซม. โดยหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับ 1-4 แล้วหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 2) การหายใจแบบเร็ว ตื้น และเบา (Shallow accelerant decelerated breathing) ในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ขณะมดลูกเริ่มหดตัวให้หายใจแบบช้าก่อน เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่จึงเปลี่ยนเป็นการหายใจแบบเร็ว ตื้น และเบาจนมดลูกคลายตัวจึงกลับไปเป็นแบบช้า 3) การหายใจแบบเร็ว ตื้น เบา และเป่าออก (Shallow breathing with

forced blowing out) ในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. โดยการหายใจเข้าออกทางปากตื้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ 4 ครั้ง ติดต่อกันแล้วเป่าลมออกปาก 1 ครั้ง

มีงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอด ครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วด้วยวิธีการควบคุม การหายใจกับวิธีการอยู่ในท่าที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่ไม่มีความแทรกซ้อน ที่มา รับบริการฝากครรภ์และคลอดที่ห้องคลอดของโรงพยาบาล พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด โดยรวมหลังให้การพยาบาลด้วย วิธีการควบคุมการ หายใจและวิธีการอยู่ในท่าที่เหมาะสม สูงกว่าก่อนให้ การพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, นริชชญา หาดแก้ว, และจันทร์มาศ เสาวรส, 2557).

2. การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยา (Pharmacologic pain management)

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาจะเป็น ทางเลือกหนึ่งที่สูติแพทย์พิจารณาจำเป็นต้องให้เพื่อ ไม่ให้ความเจ็บปวดมีผลต่อการรบกวนการส่งออกซิเจน ไปยังทารก มารดามีภาวะเครียด หรือพิจารณาจากการ บรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาแล้วไม่สามารถ บรรเทาได้ มารดาไม่ให้ความร่วมมือ สูติแพทย์ จะพิจารณาให้ยาบรรเทาปวดที่มีผลข้างเคียงต่อมารดา ทารกให้น้อยที่สุด ยาบรรเทาปวด เช่น ยาระงับปวดและ ยาแก้ปวดประสาท จะมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มารดา คลอดบุตรอาจมีอาการสับสนสับสนทำให้เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม อาจมีการคลื่นไส้อาเจียน ลำไส้เคลื่อนไหว และอ่อนเพลียจนหมดแรงเบ่ง อีกทั้งยาแก้ปวดอาจ มีผลต่อการหดตัวของมดลูกหรือแรงเบ่ง ส่งผลทำให้ การเจ็บครรภ์เนิ่นนานและเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น

ดังนั้น จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการ แก้ไขภาวะฉุกเฉินหลังการให้ยาบรรเทาปวดเป็นทีม บริหารสหสาขาวิชาชีพตลอดเวลา มีความพร้อมในการ ทำการฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation) และยาที่ออกฤทธิ์ในการแก้ยาของแต่ละตัว การให้ยา ระงับปวดมีด้วยกันหลายวิธีดังนี้ (ธีระ ทองสง, 2555) การให้ยาระงับปวดและยากล่อมประสาท (analgesics & sedatives) การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ (regional anesthesia) การดมยาสลบ (general anesthesia) และวิธีอื่น ๆ เช่น การฝังเข็ม (acupuncture) เป็นต้น ในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีให้ยาระงับปวดที่นิยมได้แก่ การให้ยาระงับปวดและยากล่อมประสาท และ การให้ ยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ โดยแต่ละวิธีที่นิยมใช้ ทั่วไปจะระบุการพยาบาลและงานวิจัยที่สนับสนุน ดังนี้

2.1 การให้ยาระงับปวดและยากล่อมประสาท (analgesics & sedatives)

ยาที่นิยมใช้คือ meperidine (pethidine) ใช้ร่วมกับ promethazine (phenegan) ยา meperidine มีระยะครึ่งชีวิต 2.5-3 ชั่วโมง ขนาดที่ใช้ 50-100 mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เข้าได้ทุก 2-4 ชั่วโมง ยาจะออกฤทธิ์สูงสุด หลังฉีด 45 นาที ขนาดที่ใช้ 25-50 mg. ฉีดเข้า หลอดเลือดดำเข้าได้ทุก 1-2 ชั่วโมง ยาจะออกฤทธิ์สูงสุด หลังฉีด 5 นาที สำหรับยา promethazine ขนาดที่ใช้ 25 mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าหลอดเลือดดำได้ เพื่อ แก้ฤทธิ์การคลื่นไส้ อาเจียน จาก meperidine ส่วน morphine ไม่นิยมใช้เพราะกดการหายใจทารกและ ยับยั้งการหดตัวของมดลูก Meperidine จะมีฤทธิ์ใน การกดศูนย์หายใจทารกโดยตรง จะมียาแก้ฤทธิ์กันคือ ยา naloxone hydrochloride (Narcan) ขนาดที่ให้ 0.1 mg/kg ฉีดเข้า umbilical vein ยาออกฤทธิ์ 2 นาที นาน 30 นาที เข้าได้ 3-5 นาที บางครั้งฉีดที่ต้นขาทารกได้ (ธีระ ทองสง, 2555)

2.2 การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ (regional anesthesia)

วิธีที่นิยม คือ spinal block และ epidural block หลักการเตรียมเครื่องมือเตรียมมารดาคลอด จะทำคล้าย ๆ กัน แต่ต่างกันที่ตำแหน่งการฉีด การทำ spinal block ฉีดยาที่ subarachnoid space การทำ epidural block จะฉีดที่ epidural หรือ peridural space ข้อห้ามในการทำจะเหมือนกันคือ ห้ามทำในมารดาคลอดที่มีภาวะตกเลือดมาก การไหลเวียนเลือดที่รกไม่ดี มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาทส่วนกลาง มีประวัติ neuropathies หลังทำมารดามีภาวะเลือดออกง่ายและมีภาวะติดเชื้อมาก เป็นต้น ส่วนการทำ epidural block จะมีข้อดีกว่า spinal block คือทำแบบต่อเนื่องได้ สามารถคุมระยะเวลาได้ดีกว่า เกิดความดันโลหิตต่ำน้อยกว่า ความรุนแรงน้อยกว่า ไม่มีอาการปวดศีรษะหลังทำ ไม่เกิด arachnoiditis chemical meningitis จากรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด การบรรเทาความปวด โดยการซักถามประสบการณ์ พบว่ามารดาคลอดบุตรจำนวน 890 คน มีประสบการณ์ความปวดและสามารถจัดการความปวดได้ 72% โดยวิธีการจัดการความปวดนั้น คือ การร้องขอให้ทำ epidural block 84% (Kangasc, 1994).

บทสรุป

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การจัดการความปวดมีได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาและไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับตัวของมารดาเอง ประสบการณ์การรับรู้ และความทนต่อ

ความเจ็บปวดไม่เหมือนกันซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนการจัดการความปวดในรูปแบบต่างๆ ทำให้มารดาคลอดบุตรมีทางเลือก โดยจะเริ่มจากการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาก่อนหากไม่ได้ผลหรือมารดาไม่ให้ความร่วมมือจึงจะเปลี่ยนแนวทางในการดูแลรักษามารดาเป็นการบรรเทาอาการปวดด้วยการใช้ยาเป็นทางเลือก อันจะเป็นแนวทางในการแนะนำมารดาคลอดบุตรตลอดจนผู้ให้การดูแลได้รับข้อมูลในการจัดการความปวดได้ทำให้ลดภาวะเครียดในระยะคลอดมารดามีประสบการณ์ที่ดีในการคลอดบุตร พร้อมทั้งเป็นแนวทางในการประเมินมารดาและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ความปวด และการจัดการความปวด มารดา ระยะที่หนึ่งของการคลอด โดยการไม่ใช้ยาและการใช้ยาซึ่งมีงานวิจัยมาสนับสนุนทั้งสองแบบเป็นทางเลือกให้มารดามีส่วนร่วมในการจัดการความปวดให้เหมาะสมกับตนเองที่จะต้องสอดคล้องกับแนวทางรักษาสู่ตีแพทย์อย่างปลอดภัย พยาบาลจำเป็นต้องที่จะต้องทราบแนวทางการบรรเทาอาการปวดในการพยาบาลระยะที่หนึ่งของการคลอดเป็นอย่างดีในการจัดการความปวดเพื่อให้เหมาะสมกับมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอดแต่ละบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, นริชญา หาดแก้ว และ จันทราศ เสาวรส. (2557). การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วด้วยวิธีการควบคุมการหายใจกับวิธีการอยู่ในท่าที่เหมาะสม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(2). 14-25
- ธีระ ทองสง. (2555). *สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ลักขมีลักข์ จำกัด.
- นันธิดา วัดยิ้ม, เอมพร รตินธรม, วรณา พาหุพัฒนกร และ เอกชัย โควาวีสารัช. (2557). ผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(1), 95-107.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์ และ ลิตานันท์ ศรีใจวงศ์. (2556). *การพยาบาลระยะคลอด*. นนทบุรี: ยุทธินทร์ การพิมพ์.
- ศศิธร พุมดวง. (2553). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา*. สงขลา: เค ก้อปปี.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ ปราณิสา กิตติปัญญา. (2557). ผลของโปรแกรมให้ความรู้ และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 23-30.
- สินีนางู หงษ์ระนัย และ อรุณ พึ่งแพง. (2554). *การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่งของการคลอด: การใช้ผลงานวิจัย*. ม.ป.ท.
- สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง จำกัด.
- Benfield, R. D., & Hortobágyi, T. (2010). The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biological research for nursing*, 12(1), 28-36
- Gizzo, S., & Gangi, S. Di. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *BioMed Research International*, Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2014/638093>.
- Hughes, J. (2008). *Pain management: From basics to clinical practice USA*: Elsevier.
- Kangas-Saarela, T., & Kangas-Kärki, K. (1994). Pain and pain relief in labour: parturients' experiences. *International journal of obstetric anesthesia*, 3(2), 67-74.
- Murdaugh, L. B. (2008). *Competence assessment tools*. (4th ed.). Bethesda: American Society of Health.
- Murray, S. S., James, S. R., & Nelson, K. (2012). *Maternal-Child Nursing*. (4th ed.). USA: Elsevier.

- Ricci, S. S. (2013). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. (3rd ed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sattamai, C. (2011). Serene mind project on perinatal outcome in primiparous. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 26(1), 32-47.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, ML., Ahmann, E., & DiVito-Thom-
as, P.A. (1999). *Whaley and Wong's Nursing Care of Infants and Children*. (6th ed.). St.
Louis: Mosby.