

การประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model Labor Pain Assessment and Management by Using RAT Model Framework

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, Ph.D. (Nursing) *
Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D. (Nursing) *
ปลื้มจิต โชติทะ, Ph.D. (Nursing) ***
Pleumjit Chotiga, Ph.D. (Nursing) ***

ศรีสุดา งามขำ, Ph.D. (Nursing) **
Srisuda Ngamkham, Ph.D. (Nursing) **
ศุภวดี แก้วเพ็ญ, Ph.D. (Nursing) ****
Supawadee Thaewpia, Ph.D. (Nursing) ****

ความปวดที่เกิดจากการคลอด เป็นความปวดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูก เพื่อจะขับเคลื่อนทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูก นับว่าเป็นความปวดที่ผู้คลอดบุตรทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นอาการที่จะเกิดขึ้นในทุกระยะของการคลอด จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งแต่ละคนมีระยะเวลาการปวดที่ไม่แน่นอน โดยปกติจะใช้เวลาประมาณ 8-12 ชั่วโมง แต่บางคนใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง เมื่อความปวดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มั่นใจว่าตนเองจะผ่านประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดไปได้ ซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด แม้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ก็นับว่าเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้หญิงส่วนใหญ่ นอกจากนี้ ความปวดของมารดา ยังอาจเกิดจากการตัดฝีเย็บ การเย็บแผลฝีเย็บ และการหดรัดตัวของมดลูกภายหลังการคลอดบุตร เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระสำคัญใน 3 ประเด็น ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model และการจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาล ผดุงครรภ์ และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และ

มารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินความปวด

ความปวด (pain) เป็นหนึ่งในอาการความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ของร่างกายและอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ (Melzack & Wall, 1965) ความปวดทำให้เกิดความกลัว ความทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลแก่ทุกคนที่เจ็บป่วยและเผชิญอาการปวด ซึ่ง Morriss and Goucke (2012) ได้เปรียบเทียบความปวดว่าเหมือนหนู (rat) ที่วิ่งขวิดไขว่อยู่ในบ้านเวลากลางคืน แต่พอเวลากลางวัน หนูมักหลบซ่อนอยู่ในบ้านอย่างเงียบเชียบ เช่นเดียวกับความปวด ซึ่งมีอยู่ในร่างกายทุกคน เมื่อยามร่างกายปกติ ความปวดจะไม่แสดงอาการ แต่เมื่อมีพยาธิสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ความปวดก็จะแสดงอาการ Morriss and Goucke (2012) ได้พัฒนารอบแนวคิดในการศึกษาความปวดขั้นพื้นฐาน โดยใช้ RAT Model (R = Recognize, A = Assess และ T = Treat) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่เข้าใจง่าย และมีประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาความปวดได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้พยาบาล ผดุงครรภ์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดได้ตระหนักถึง ความปวด การประเมิน การรักษาและจัดการความปวด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ให้บรรเทาหรือหายได้โดยไม่ยาก ทั้งนี้ การเข้าใจองค์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับกลไก การประเมิน การจัดการความปวด และการพยาบาลผู้รับบริการที่มีความปวด จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการด้านการจัดการความปวดได้ดียิ่งขึ้น และเป็นการเพิ่มมาตรฐานการพยาบาลของวิชาชีพพยาบาล

การประเมินความปวด นับว่าเป็นขั้นตอนสำคัญในการเริ่มจัดการความปวด จึงมีความสำคัญ และเป็นสิ่งที่พยาบาล ผดุงครรภ์ และบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความตระหนัก และมีความสามารถในการประเมินให้ครอบคลุม ทั้งจากการตรวจร่างกาย การซักถาม และการสังเกต การประเมินความปวดเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น ความรู้สึกทางกาย ความรุนแรง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลการรักษาต่างๆ ที่เคยได้รับมาก่อน ซึ่งจะต้องมีการแปลผล เพื่อนำมาวินิจฉัยหาสาเหตุ และกลไกของความปวด

การประเมินความปวดจากการคลอดจะมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น เมื่อทัศนคติ การรับรู้ และการให้ความหมายกับการเจ็บครรภ์คลอดของผู้หญิงและครอบครัวในแต่ละวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านวัฒนธรรมในการสื่อสารภาษา กายหรือวาจาเพื่ออธิบายความปวด หรือความเข้าใจในความหมายของค่าตัวเลข รวมทั้งความปวดแต่ละชนิดมีการตอบสนองต่อยาบรรเทาปวดที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของการประเมินและการจัดการความปวด โดยต้องสังเกตไว้ต่อความรู้สึก คำพูด และเหตุการณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้แบบประเมินความปวด เพื่อให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยทั่วไป การประเมินความปวดในระยะคลอดมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ (ศศิธร เตชะมวลิโววิทช์, 2558) 1) การตรวจร่างกาย โดยตรวจการหดตัวของมดลูก ซึ่งประเมินจากระยะเวลา ความถี่ และความรุนแรงใน

การหดตัว ประกอบกับการตรวจร่างกายเพื่อประเมินอาการหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก หน้าซีด และอาการคลื่นไส้ เมื่อผู้คลอดมีอาการปวดที่รุนแรงมากขึ้น 2) การซักประวัติเกี่ยวกับการได้รับยาบรรเทาปวด เพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาปวด และ 3) การใช้เครื่องมือประเมินความปวด Visual Analog Scale (VAS), Facial Scale (FS) และ Numerical Rating Scale (NRS) ซึ่งในการเลือกใช้เครื่องมือ ควรเลือกให้เหมาะสมกับผู้ถูกประเมิน

การจัดการความปวดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model

การจัดการความปวดจากการคลอด ต้องคำนึงถึงความวิตกกังวลร่วมกันทั้งของผู้คลอด สามี และครอบครัว เพราะทุกครอบครัวมีความคาดหวังที่จะได้ทารกที่แข็งแรง และผู้คลอดผ่านกระบวนการคลอดไปได้อย่างปลอดภัย เมื่อผู้คลอดต้องเผชิญความปวดในระยะเวลาของการคลอดที่สำคัญยิ่ง ทำให้ผู้คลอดและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล และความกลัวมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การจัดการความปวดในระยะคลอดจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลทั้งพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องให้ความสำคัญและค้นหาแนวทางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของผู้คลอด เนื่องจากความปวดของผู้คลอดแต่ละคนจะแตกต่างกันตามประสบการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด

การใช้กรอบแนวคิด RAT Model ซึ่งพัฒนาโดย Morriss and Goucke (2012) มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ Recognize, Assess และ Treat ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. Recognize หมายถึง การตระหนักถึงการรับรู้ความปวด โดยการซักถามผู้รับบริการโดยตรงว่ามีความปวดหรือไม่ หรือการสังเกตจากลักษณะท่าทางของผู้รับบริการ เช่น อาการคิ้วขมวด การเคลื่อนไหว การมีเหงื่อออก การร้องไห้ การนอนตัวงอ การนอนนิ่งๆ และอื่นๆ นอกจากผู้รับบริการแล้ว พยาบาลควรตระหนักว่ายังมีบุคคลอื่นๆ อีกหรือไม่ ที่ทราบว่าผู้รับบริการมีอาการของความปวด

เช่น บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ

2. Assess หมายถึง การประเมินความปวด โดยการวัดความรุนแรงของความปวดว่ามีคะแนนความปวด (pain score) เท่าใด ตรวจสอบว่าตำแหน่งที่ปวดมีกี่ตำแหน่ง ตำแหน่งใดปวดมากที่สุด มีความปวดขณะพักหรือขณะเคลื่อนไหว มีความปวดมากน้อยแตกต่างกันอย่างไรและเท่าใดในแต่ละขณะ รวมทั้งประเมินว่าความปวดส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการอย่างไร เช่น สามารถเคลื่อนไหวได้หรือไม่ รับประทานอาหารได้หรือไม่ ทำงานได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังต้องประเมินว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกหรือไม่ เช่น ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ ความร้อน ความเย็น แสงแดด และความแออัดของสถานที่ ปัจจัยทางจิตใจและสังคม ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความกลัว และการขาดการสนับสนุนทางสังคมและทางเศรษฐกิจ

3. Treat หมายถึง การรักษา โดยการรักษาความปวดมี 2 แบบใหญ่ๆ ดังนี้

3.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับความปวดระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง ตัวอย่างเช่น การใช้หลักการบรรเทาปวดแบบ RICE ซึ่งประกอบด้วย การพัก (Rest: R) การใช้ความเย็น (Ice: I) การกด (Compression: C) และการยกบริเวณที่บาดเจ็บให้สูง (Elevation of injuries: E) การผ่าตัด การฝังเข็ม การนวด การกดจุด การสนับสนุนทางจิตใจด้วยการอธิบายและให้ข้อมูล การสร้างความมั่นใจในการรักษาความปวด การสนับสนุนจากนักสังคมสงเคราะห์ พระหรือบาทหลวง

3.2 การรักษาแบบใช้ยา เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับความปวดทุกระดับ ทั้งระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก การรักษาแบบใช้ยาแบ่งตามกลไกของความปวดได้ดังนี้ 1) nociceptive pain คือ ความปวดที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การรักษาจะแบ่งตามระดับความปวด เช่น ความปวดระดับเล็กน้อย ใช้ยา paracetamol และ/หรือยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ความปวดระดับปานกลาง ใช้ยาพวก codeine ร่วมกับยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์

และความปวดระดับมาก ใช้ยา morphine ร่วมกับยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ และ/หรือยา paracetamol และ 2) neuropathic pain คือ ความปวดที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท อาจเกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท การรักษาจะใช้ยาที่ใช้รักษา nociceptive pain ร่วมกับยาชนิดอื่นๆ แต่เน้นยา amitriptyline และยา carbamazepine โดยสามารถผสมผสานกับการรักษาแบบไม่ใช้ยาได้ด้วย

สำหรับข้อแนะนำในการรักษาความปวดแบบใช้ยา คือ ควรให้ยาร่วมกัน โดยต้องมีความแตกต่างของตัวยา (drugs) ขนาดยา (dose) และวิถีทางให้ยา (route) เช่น เมื่อให้ยา morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำแล้ว เมื่อประเมินความปวดซ้ำ หากความปวดยังไม่ทุเลา สามารถให้ยา paracetamol (500 mg) 1 เม็ด ทางปากได้

การจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model

โดยทั่วไป การคลอดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะมีสาเหตุของความปวดและลักษณะการปวดเฉพาะที่แตกต่างกัน ดังนี้ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) ระยะที่ 1 ระยะรอกคลอด เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดขยายเต็มที่ เป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน ประมาณ 12-24 ชั่วโมง และจะมีความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้นจากการที่ปากมดลูกมีการบางตัวลงและเปิดขยายเพิ่มขึ้น รวมทั้งจากการหดตัวของมดลูกในระยะแรก ที่จะหดตัวนาน 30-60 วินาที โดยหดตัวทุก 3-5 นาที ความปวดจะปวดเป็นพักๆ มีความปวดระดับปานกลาง ส่วนในช่วงท้ายของระยะนี้ มดลูกจะหดตัวนาน 40-90 วินาที ทุก 2-3 นาที มีความปวดระดับปานกลางถึงระดับมาก ระยะที่ 2 ระยะคลอดทารก ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ในครรภ์แรก และ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง ลักษณะการหดตัวของมดลูกในระยะนี้จะนาน 60-90 วินาที โดยหดตัวนาน 60-90 วินาที ทุก 2-3 นาที มีความปวดระดับมาก รวมทั้งอาจมีความปวดจากการตัดฝีเย็บในช่วงการคลอด ระยะที่ 3 ระยะคลอดรก

มีความปวดระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ใช้เวลาประมาณ 5-30 นาที และระยะที่ 4 ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนใหญ่จะมีความปวดจากการเจ็บแผลฝีเย็บ โดยมีความปวดระดับปานกลาง

จากระยะต่าง ๆ ของการคลอดดังกล่าว ระยะที่พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดคือ ระยะรอคลอด ที่ผู้คลอดต้องเผชิญความปวดระดับมากเป็นเวลานาน และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การจัดการความปวดในระยะรอคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model

ระยะรอคลอด เป็นระยะที่ผู้คลอดต้องเผชิญความปวดที่ยาวนานและรุนแรงกว่าทุกระยะ ผลการวิจัยยืนยันตรงกันว่าสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์กลัวมากที่สุดคือกลัวความปวด และกลัวการคลอดที่ต้องใช้เวลายาวนาน ดังนั้น การจัดการความปวดด้วย RAT Model ในระยะนี้จึงมีความสำคัญมาก (ศิริทิพย์ คำมีอ่อน และนิลบลรุจิรประเสริฐ, 2557; Tanglakmankhong, 2010) โดยมีการจัดการความปวดดังนี้

1.1 Recognize หมายถึง การตระหนักถึง การรับรู้ความปวด โดยการซักถามหญิงตั้งครรภ์ หรือการสังเกตท่าทาง โดยทั่วไป สิ่งที่พยาบาลควรตระหนักและต้องซักถามหญิงตั้งครรภ์มีดังนี้

1.1.1 ประสิทธิภาพการคลอด ผู้หญิงที่มีประสิทธิภาพการคลอดมาแล้ว อาจมีการรับรู้ความปวดได้ดีเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด แต่ในผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน อาจมีการรับรู้ความปวดที่ไม่ชัดเจน มีความลังเลในความปวดที่เกิดขึ้น และไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าควรมาโรงพยาบาลหรือไม่ นอกจากนี้ ในช่วงใกล้ครบกำหนดคลอด หญิงตั้งครรภ์อาจมีความกลัวและวิตกกังวลต่อความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดอยู่ตลอดเวลา

1.1.2 ลักษณะอาการนำ หญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะครรภ์แรก มักไม่แน่ใจว่าความปวดที่เกิดขึ้นในช่วงครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด เป็นการเจ็บครรภ์เตือนหรือเจ็บครรภ์จริง ควรมาโรงพยาบาลหรือไม่ ดังนั้น ในช่วง

ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ พยาบาลควรเน้นให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจว่าการเจ็บครรภ์เตือนเป็นการปวดที่ไม่สม่ำเสมอ รู้สึกไม่สุขสบาย ปวดหน่วงท้อง ระดับความปวดไม่เปลี่ยนแปลง เมื่อนอนพักแล้วจะหายปวด ส่วนการเจ็บครรภ์จริงเป็นการปวดที่สม่ำเสมอ รู้สึกไม่สุขสบาย ปวดท้อง เมื่อนอนพักแล้วจะไม่หายปวด ระดับความปวดจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และมักมีมูกเลือดหรือมีน้ำเดินร่วมด้วย

1.1.3 ช่วงระยะที่หญิงตั้งครรภ์มาโรงพยาบาลว่าเป็นระยะปากมดลูกเปิดขยายช้า (latent phase) หรือระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็ว (active phase) เพราะจะสัมพันธ์กับระดับความปวด เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็ว ซึ่งหมายถึงปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 3 เซนติเมตร ความปวดจะเริ่มรุนแรงมากขึ้น ร่วมกับบางครั้งหญิงตั้งครรภ์อาจได้รับยาเร่งคลอด ทำให้ช่วงเวลาการหดตัวของมดลูกถี่มากขึ้น และไม่ไปตามการหดตัวตามธรรมชาติ ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด และไม่มั่นใจว่าจะทนต่อความปวดได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์หลายคนอาจขอผ่าตัดคลอด

1.1.4 ปัจจัยด้านครอบครัว หากหญิงตั้งครรภ์มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน อาจสามารถบอกได้ว่าการเจ็บครรภ์นั้นเป็นการเจ็บครรภ์เตือนหรือการเจ็บครรภ์จริง และสามารถแนะนำหญิงตั้งครรภ์ได้ ส่วนสามีอาจไม่ทราบว่าจะช่วยเหลืออย่างไร เมื่อภรรยามีความปวด จึงพามาโรงพยาบาลก่อน อย่างไรก็ตาม ทั้งสามีและครอบครัวจะมีส่วนในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการอยู่เป็นเพื่อน บิบนวด หรือให้คำแนะนำในการผ่อนคลายความปวดจากประสบการณ์ที่ตนเองมี

1.1.5 ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่ห้องฝากครรภ์ควรตระหนักถึงความปวดจากการเจ็บครรภ์ที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนกับหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องความแตกต่างระหว่างการเจ็บครรภ์เตือนกับการเจ็บครรภ์จริง นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินควรตระหนักถึงอาการท้องป้นแข็ง ปวดหลังมาก ร่วมกับการมีน้ำเดิน

ซึ่งเป็นอาการนำของการเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาโรงพยาบาลนอกเวลาราชการ

1.1.6 ปัจจัยภายนอก เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ต้องตระหนักเช่นการได้รับการเร่งคลอดหรือการชักนำการคลอด ที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดในขณะที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้เมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น มีปัญหาสุขภาพ หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม โดยการเจ็บครรภ์จากการเร่งคลอดหรือการชักนำการคลอดจะเกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยาที่เกี่ยวข้อง เช่น oxytocin หรือ prostaglandins ซึ่งเป็นการปวดที่ไม่เป็นธรรมชาติและจะรุนแรงขึ้นตามขนาดยาและระยะเวลาที่ทำการเร่งคลอดหรือชักนำการคลอด

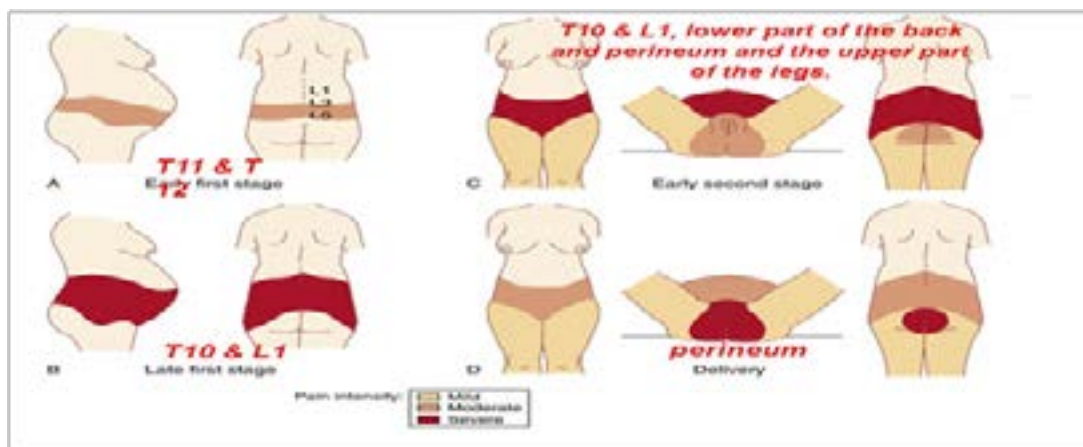
1.2 Assess หมายถึง การประเมินความปวด โดยสิ่งที่พยาบาลต้องประเมินมีดังนี้

1.2.1 ประเภทของความปวด ความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นความปวดแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น และเป็นกลไกแบบ nociceptive pain

1.2.2 ความเหมาะสมในการเลือกรูปแบบการประเมินความปวด โดยสามารถเลือกได้ดังนี้ 1) การประเมินจากแบบซักประวัติหญิงตั้งครรภ์ เช่น ปวดตำแหน่งใด ปวดระดับใด 2) การประเมินจากตัวเลข เช่น ประเมิน

ช่วงเวลาการหดตัวของมดลูกจากการจับเวลา (interval และ duration) หากการหดตัวของมดลูกถี่กว่า 5 ครั้งในเวลา 10 นาที ควรรายงานแพทย์ เพราะอาจเสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตก 3) การประเมินจากการมอง เช่น ประเมินความรุนแรงของความปวด (intensity) จาก Visual Analog Scale หรือ Facial Scale 4) การประเมินสัญญาณชีพของมารดา โดยเฉพาะความดันโลหิต เพราะความปวดจากการหดตัวของมดลูกจะกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และ 5) การประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart sound: FHS) เพราะความปวดจากการหดตัวของมดลูกจะกระตุ้นให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์สูงขึ้น

1.2.3 ลักษณะและตำแหน่งของความปวด จากการเจ็บครรภ์คลอด มักเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การกดของส่วนนำของทารกในครรภ์จากการเคลื่อนต่ำลง การยืดขยายของปากมดลูกจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย และการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อจากการหดตัวของมดลูกที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การหดตัวของมดลูกยังทำให้เกิดการดึงรั้งของเอ็นต่างๆ ในบริเวณอุ้งเชิงกราน รวมทั้งกล้ามเนื้อและผิวหนังบริเวณหน้าท้อง เหนือหัวหน่าวและหน้าขา ตำแหน่งของความปวดในแต่ละระยะของการคลอด แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ตำแหน่งของความปวดในแต่ละระยะของการคลอด (Bonica, 1996)

จากภาพ จะเห็นได้ว่าในช่วงเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอด หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มปวดระดับเล็กน้อยที่บริเวณหน้าท้องและหลังในระดับ T11 และ T12 จากนั้น ความปวดจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ พร้อมกับตำแหน่งของความปวดจะเลื่อนมาอยู่ที่ระดับ T10 และ L1 ตามการหดตัวของมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก เมื่อปากมดลูกเปิดขยายเต็มที่ การคลอดจะเข้าสู่ระยะที่ 2 ตำแหน่งของความปวดจะเลื่อนต่ำลงอีก เพราะส่วนนำของทารกเริ่มเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกราน โดยกลไกการหมุนของทารกจะทำให้เกิดความปวดที่ระดับ T10 และ L1 ร่วมกับความปวดบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง กระดูกข้อต่อบริเวณหัวไหล่ ฝ่าเท้า ก้น ขาหนีบ และหน้าขา (Bonica, 1996)

1.2.4 การประเมินปัจจัยอื่นๆ มีดังนี้

- ปัจจัยด้านร่างกาย โดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์จากการแสดงสีหน้า ท่าทาง เช่น ร้องคราง หน้ามัว คิ้วขมวด ร้องขอ ยาบรเทาปวด บ่นปวดมาก ร้องเอะอะโวยวาย อยากขอ ผ่าตัดคลอด หากเป็นครรภ์หลัง พยาบาลควรประเมิน โดยให้หญิงตั้งครรภ์อธิบายถึงความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดครั้งนี้เทียบกับครั้งก่อน ว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ความปวดเพิ่มขึ้นหรือรุนแรงขึ้นอย่างไร มีอาการปวดที่บริเวณหลังและหัวไหล่ร่วมด้วยหรือไม่ เมื่อเวลาผ่านไป ความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่ อย่างไร ในขณะที่เคลื่อนไหว ความปวดเพิ่มขึ้นหรือไม่ มีอาการอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เช่น มีมูกเลือด อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาในการประเมินไม่ควรถี่เกินไปจนเป็นการรบกวนการจัดการความปวดและการพักผ่อนของหญิงตั้งครรภ์

- ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลควรประเมินสภาพจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ว่า มีความกลัวหรือวิตกกังวลหรือไม่เมื่อต้องมานอนในห้องคลอดของโรงพยาบาลร่วมกับหญิงตั้งครรภ์คนอื่นๆ ซึ่งเป็นบรรยากาศที่ไม่คุ้นเคย มีการร้องขอให้สามีและครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนหรือไม่ นอกจากนี้ ควรสังเกต

ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์เองและครอบครัวของสามี ประเมินว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์หรือไม่ สามีและครอบครัวมีความเชื่อต่อการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติอย่างไร

- ปัจจัยภายนอก กรณีหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็ว เจ้าหน้าที่ห้องคลอดอาจเลือกประเมินความปวดโดยใช้ partograph เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและดูความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดขยายของปากมดลูก (cervix dilatation) การหดตัวของมดลูก (uterine contraction) และการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก (descent of fetal head) เนื่องจากทั้ง 3 ส่วน มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด (intensity) ในระยะนี้มดลูกจะหดตัวประมาณ 3 ครั้ง ในเวลา 10 นาที และหดตัวนานประมาณ 40-60 วินาที หากมีการกระตุ้นด้วยยาเร่งคลอด อาจทำให้การคลอดดำเนินได้เร็วขึ้น และส่งผลถึงความรุนแรงของความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดที่มากขึ้น หรือหากกราฟผ่าน alert line ไปทางขวา จะเป็นสัญญาณเตือนว่า การเจ็บครรภ์คลอดครั้งนี้ยาวนานเกินไป ควรรายงานแพทย์

1.3 Treat หมายถึง การรักษา โดยปกติไม่นิยมให้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอด พยาบาลจึงควรเน้นการสอนหรือแนะนำกิจกรรม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.3.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา พยาบาลควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ดูแลให้ทำกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่า (movement and position) ควรแนะนำเกี่ยวกับท่านั่งบนเตียงหรือบนเก้าอี้ ทำขึ้น หรือทำเดิน โดยไม่ควรนอนหงายอยู่บนเตียงตลอดเวลา ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า การเดินและท่านั่งศีรษะสูง (upright position) สามารถลดระยะเวลาในการคลอด ลดการใช้ยาบรรเทาปวด และลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้ (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013)

- การใช้แรงกดดัน (counter pressure) โดยใช้สันมือกดบริเวณหลัง เพื่อช่วยต้านการดึงของเอ็นยึดต่อกระดูก sacrum และกระดูก ilium ที่เรียกว่า sacroiliac ligament

- การสัมผัสและการนวด (touching and massage) เป็นการดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล และเป็น การปิดประตูการส่งข้อมูลความปวดตามทฤษฎีควบคุม ประตู (Gate Control Theory)

- การฝึกการหายใจ (breathing exercise) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและลดความปวด การฝึกการหายใจสามารถทำได้โดยการหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ ทางจมูก และหายใจออกทางปากช้าๆ (ดริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และวิชุดา ไชยสีวามงคล, 2554)

นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

- การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง (information) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุหรือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด และความก้าวหน้า ของการคลอด

- การจัดให้มีคนอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา (continuous labor support) โดยอนุญาตให้สามีหรือ ครอบครัวอยู่ด้วยในขณะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อลดความวิตกกังวล ของมารดาหลังคลอดและครอบครัว (Simkin & Hull, 2011)

1.3.2 การรักษาแบบใช้ยา โดยปกติไม่นิยม ให้ยาในช่วงต้นของระยะรอคอย เนื่องจากความปวด ยังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ส่วนในช่วงท้าย ของระยะรอคอย ความปวดจะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น รวมทั้งอาจมีการใช้ยาเร่งคลอด ซึ่งทำให้มีความปวดใน ระดับมาก โดยยาที่ใช้ในห้องคลอดมีดังนี้

- morphine เป็นยาต้นแบบของยา ในกลุ่มยาเร่งคลอด แต่นิยมใช้น้อยทางสูติกรรม เนื่องจาก มีฤทธิ์กดการหายใจของทารกมากกว่ายาอื่นๆ ในกลุ่ม เดียวกัน ยาจะออกฤทธิ์บรรเทาปวดโดยเพิ่มความทนต่อ ความปวด (pain tolerance) ที่ limbic system และ

เพิ่มระดับความปวดที่ร่างกายรับรู้ครั้งแรกที่ถูกกระตุ้น (pain threshold) ที่ thalamus นอกจากนี้ การใช้ยา ในขนาดสูงจะทำให้กดการหายใจและกดกล้ามเนื้อหัวใจ โดยตรง และลดการทำงานของประสาทส่วนปลาย ส่งผล ให้ลดการทำงานของระบบทางเดินอาหาร และเพิ่มการหลั่ง histamine ซึ่งทำให้เกิดอาการแพ้ได้

- pethidine เป็นยาบรรเทาปวดที่นิยม ใช้ทางสูติกรรม ออกฤทธิ์ได้เร็วกว่ายา morphine แต่ออกฤทธิ์ น้อยกว่าประมาณ 10 เท่า ยาจะถูกทำลายที่ตับ ขับออก ทางไต และสามารถผ่านรกได้อย่างรวดเร็ว โดยมีความเข้มข้น ของยาสูงกว่าในมารดา มีฤทธิ์กดการหายใจของทารก น้อยกว่ายา morphine หากให้ภายในระยะ 1 ชั่วโมง ก่อนคลอด พบว่าไม่มีผลต่อการกดการหายใจของทารก ยาสามารถกระตุ้นการหลั่ง histamine ในขนาดสูงได้

2. การจัดการความปวดในระยะ 2 ชั่วโมง หลังคลอด ด้วยกรอบแนวคิด RAT Model

2.1 Recognize หมายถึง การตระหนักถึง การรับรู้ความปวด กรณีหลังคลอด 2 ชั่วโมง มารดาหลังคลอด จะตระหนักถึงความปวดและสามารถบอกความปวดได้ โดยพยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรมของมารดาหลังคลอด ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอาการปวดได้ง่าย ซึ่งหากในระยะ คลอดทารก มีการตัดฝีเย็บหรือมีการฉีกขาดของฝีเย็บ และได้รับการเย็บแผลฝีเย็บ ระยะนี้ควรคำนึงถึงความปวด จากการเย็บแผลฝีเย็บนอกเหนือจากการปวดมดลูกซึ่ง จะลดน้อยลงในระยะนี้และหลังจากนี้ พยาบาลผู้ดูแล ควรตระหนักว่ามารดาหลังคลอดมีความปวด โดยศึกษา ข้อมูลการตัดฝีเย็บจากรายงานการคลอด ซึ่งจะทำให้ ทราบตำแหน่งและขนาดของแผลฝีเย็บ รวมทั้งพยาบาล ต้องตระหนักว่ามารดาหลังคลอดอาจไม่สามารถอธิบาย ความปวดได้ละเอียด เนื่องจากมารดาหลังคลอดเพิ่งผ่าน การคลอดมาและอยู่ในช่วงพักฟื้น ต้องการพักผ่อน และต้องดูแลบุตร พยาบาลจึงควรสังเกตและซักถาม ความปวดไปพร้อมกับ การตรวจสอบสัญญาณชีพ นอกจากนี้ ควรตระหนักถึงอาการปวดอื่นๆ เช่น ปวดตึง เต้านม ปวดหลัง

สำหรับสามีและครอบครัว ควรรับรู้วามารดาหลังคลอดเพิ่มผ่านการคลอดมาและอยู่ในระยะหลังคลอด ซึ่งสามีและครอบครัวอาจสนใจในการซักถามถึงความปวดที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอด เนื่องจากให้ความสนใจในตัวทารกที่เพิ่งเกิดมา ดังนั้น สามีและครอบครัวควรตระหนักถึงตำแหน่งที่มีความปวดของมารดาหลังคลอด ซึ่งโดยทั่วไปมารดาหลังคลอดจะมีการปวดมดลูก ปวดแผลฝีเย็บ ปวดเต้านม และปวดหลัง อย่างไรก็ตาม สามีและครอบครัวอาจรู้สึกว่าการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการลดความปวดไม่ได้ เพราะเป็นความปวดเฉพาะที่ที่ไม่เหมาะแก่การเปิดเผย แต่จะสามารถสังเกตความปวดของมารดาหลังคลอดได้จากสีหน้า ท่าทาง และการเคลื่อนไหว โดยจะให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น

2.2 Assess หมายถึง การประเมินความปวด โดยสิ่งที่พยาบาลต้องประเมินมีดังนี้

2.2.1 อาการปวดหลังคลอด ทั้งการปวดมดลูก (after pains) การปวดเต้านม และการปวดแผลฝีเย็บ โดยมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีความปวดในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ซึ่งหากใช้ Facial Scale ที่นิยมใช้ในการประเมินความปวดอยู่ในปัจจุบัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 2-6 ทั้งนี้ ความปวดในระยะหลังคลอด มักขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของมารดาหลังคลอด ซึ่งแต่ละคนจะมีความทนต่อความปวดที่แตกต่างกัน

2.2.2 การเกิดปฏิกิริยาการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณแผลฝีเย็บ ซึ่งทำให้เกิดอาการบวม แดง และร้อน โดยปฏิกิริยาการอักเสบนี้จะเกิดขึ้นสูงสุดในช่วงวันที่ 2-3 หลังคลอด ดังนั้น แผลฝีเย็บจะตึงและอาจปวดมากในช่วงดังกล่าว

2.2.3 ลักษณะอาการปวด เป็นความปวดแบบเฉียบพลัน เพราะมีระยะการปวดน้อยกว่า 3 เดือน และเป็น nociceptive pain เพราะเป็นความปวดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ (muscle injury) และเป็นความปวดจากการอักเสบ (inflammatory pain)

2.2.4 ลักษณะแผลฝีเย็บหลังคลอด ประเมินโดยใช้เครื่องมือ REEDA scale (Alvarenga, Francisco, de Oliveira, da Silva, Shimoda, & Damiani, 2015) โดยมีการประเมินการอักเสบของแผลฝีเย็บ ได้แก่ Redness: การแดงของแผล Edema: การบวมของแผล Ecchymosis การห้อเลือดของแผล Drainage: สิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล และ Approximation: การแยกของแผล

2.2.5 ปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ ประสบการณ์การหายของแผลฝีเย็บ การปวดมดลูกที่ผ่านมารวมทั้งการให้มารดาหลังคลอดลูกทำกิจกรรมภายหลังคลอดให้เร็วเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ซึ่งอาจทำให้มารดาหลังคลอดจำเป็นต้องเผชิญความปวด ทั้งนี้ การปวดมดลูกจะพบชัดเจนมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการคลอดที่เพิ่มขึ้น และจะรุนแรงมากขึ้นหากทารกคลอดมมารดา เนื่องจากการหลั่งของ oxytocin

2.3 Treat หมายถึง การรักษา โดยพยาบาลควรเน้นการสอนหรือแนะนำกิจกรรม เพื่อให้มารดาหลังคลอดสามารถเผชิญความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.3.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา พยาบาลควรมีการปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

- การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง โดยพยาบาลควรอธิบายสาเหตุของความปวดในแต่ละตำแหน่ง โดยอธิบายสาเหตุของการปวดมดลูกว่าเกิดจากการหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นปกติในมารดาหลังคลอด และอธิบายสาเหตุของการปวดแผลฝีเย็บว่าเกิดจากกล้ามเนื้อฝีเย็บถูกตัดในระยะคลอดทารก ทำให้เนื้อเยื่อ หลอดเลือด และเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ ภายหลังการเย็บแผลฝีเย็บแล้ว เนื้อเยื่อจะสมานกันภายในเวลา 2-3 สัปดาห์ และแผลจะหายเป็นปกติในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ทั้งนี้ การให้เหตุผลดังกล่าวเพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับทราบถึงสาเหตุและยอมรับสภาพความปวด นอกจากนี้ พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาและความรุนแรงของความปวด โดยความปวดมักเกิดในช่วงแรกภายหลังคลอดและจะค่อยๆ หายไป ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นการเตรียม

มารดาหลังคลอดให้สามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง

- การอยู่เป็นเพื่อน พยาบาลควรช่วยดูแลทารกในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และอนุญาตให้สามีหรือครอบครัวอยู่ดูแลมารดาหลังคลอดและทารกเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดและครอบครัว (Simkin & Hull, 2011)

- การจัดท่านอน ควรจัดให้นอนตะแคง เพราะเป็นท่าที่ช่วยป้องกันแรงกดที่แผลฝีเย็บได้ดี ส่วนท่านอนหงายจะทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกตึงแผลมากกว่า (Walker, 2002)

- การประคบ ในช่วงแรกที่แผลฝีเย็บมีอาการปวดและบวม ควรใช้ความเย็นในการบรรเทาอาการ โดยใช้ผ้าห่อน้ำแข็ง หรือเจลประคบเย็น (cold pack) ประคบบริเวณแผลฝีเย็บครั้งละ 2-3 นาที (นุชสรา อังอภิธรรม, สุกัญญา ปรีสัญญกุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2555)

- การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด โดยแนะนำการผ่อนคลายด้วยวิธีต่างๆ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ

2.3.2 การรักษาแบบใช้ยา ในการเจ็บแผลฝีเย็บภายหลังคลอด แพทย์หรือพยาบาลควรให้ยาชาเฉพาะที่ก่อนการเจ็บแผล เพราะการตัดฝีเย็บทำให้เกิดอาการปวด การไม่ใช้ยาชาเฉพาะที่หรือการใช้ในขนาดและในเวลาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้มารดาหลังคลอดมีทัศนคติและประสบการณ์ที่ไม่ดีในการเผชิญความปวดต่อไป ส่วนในการบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บนั้น ควรให้รับประทานยา paracetamol ซึ่งเป็นยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก เนื่องจากมีฤทธิ์บรรเทาปวดที่ไม่รุนแรงได้ดี และมีผลข้างเคียงน้อย ให้รับประทานเมื่อมีอาการปวดทุก 4-6 ชั่วโมง ซึ่งอาจให้ร่วมกับยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น ponstan โดยให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร หากให้ยา paracetamol และ ponstan แล้วยังคงมีอาการปวด ควรเลือกใช้ยา ibuprofen เป็นอันดับต่อไป เพราะเป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาอื่นๆ

ในกลุ่ม NSAIDs และขัดแย้งทางนํ้ามนได้น้อย

การนำกรอบแนวคิด RAT Model มาใช้ในการประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอด จะทำให้พยาบาลสามารถจัดการความปวดจากการคลอดได้อย่างครอบคลุม โดยการตระหนักถึงความปวด การประเมิน การรักษา และการจัดการความปวดให้บรรเทาลง หากการจัดการความปวดมีขั้นตอนที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการด้านการจัดการความปวดแก่ผู้คลอดได้ดียิ่งขึ้น มีแนวทางในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของผู้คลอด รวมทั้งมีการใช้ยาแก้ปวดได้อย่างสมเหตุสมผล สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาที่ 15 ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลของวิชาชีพพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ดริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และวิชุดา ไชยศิวกมล. (2554). ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการนวดกันกบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 31-39.
- นุชสรา อังอภิธรรม, สุกัญญา ปรีสัญญกุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). ผลของการประคบเย็นและการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 39(4), 46-58.
- ศศิธร เตชะมวลิวิทย์. (2558). ความปวดและการจัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(1), 114-124.
- ศิรินทิพย์ คำมีออน, และนิบล รุจิประเสริฐ. (2557). ความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 147-154.

- สุกัญญา ปรีสัญญกุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Alvarenga, M. B., Francisco, A. A., de Oliveira, S. M. J. V., da Silva, F. M. B., Shimoda, G. T., & Damiani, L. P. (2015). Episiotomy healing assessment: Redness, Oedema, Ecchymosis, Discharge, Approximation (REEDA) scale reliability. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 162-168.
- Bonica, J. J. (1996). The nature of pain in parturition. In Van Zundert, A., & Ostheimer, G. W. (Eds.). *Pain relief and anesthesia in obstetrics*. p. 32. New York: Churchill Livingstone.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Aug 20;(8).
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Morriss, W., & Goucke, R. (Eds.). (2012). *Essential pain management*. Christchurch: Faculty of Pain Medicine, Australian and New Zealand College of Anesthetists. Retrieved October 21, 2016, from <https://www.fpm.ac.uk/sites/default/files/images/FPM-EPM-Lite-Instructor-Manual-Final.pdf>
- Simkin, P., & Hull, K. (2011). Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 166-176.
- Tanglakmankhong, K. (2010). *Childbirth expectations and childbirth experiences among Thai pregnant women* (doctoral dissertation). Portland, OR: Oregon Health & Science University.
- Walker, M. (Ed.). (2002). *Core curriculum for lactation consultant practice*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.