การผสมผสานการฝึกการหายใจร่วมกับการจัดท่าเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด
The Integration of Breathing Exercise with Positioning Nursing Practice to Painfulness on the duration of Labour

ขวัญใจ เพทายประกายเพชร[1*]
Kwanjai Pataipakaipet
ปาริฉัตร อารยะจารุ[2]
Parichat Arayajaru
จิราภรณ์ อนุชา[2]
Chiraporn Anucha
Corresponding author: Email: kwan-pet@hotmail.
(Received: April 4, 2023; Revised: April 27, 2023; Accepted: April 29, 2023)

บทคัดย่อ

การคลอดเป็นกระบวนการทางธรรมชาติซึ่งผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความเจ็บปวดของผู้คลอดจะทำให้ระดับของอิพิเนฟรินและคอร์ติซอลสูงขึ้น ส่งผลให้มดลูกหดรัดตัวช้าลงและจังหวะการหดรัดตัวไม่สม่ำเสมอ ทำให้ระยะเวลาการคลอดยาวนาน และอาจนำไปสู่การใช้สูติศาสตร์ การผสมผสานการฝึกการหายใจร่วมกับการจัดท่าระหว่างคลอด ทำให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหน้าท้อง ช่วยลดแรงเสียดสีระหว่างมดลูกและผนังหน้าท้อง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง และลดการใช้พลังงานรู้สึกอ่อนเพลียน้อยลง การจัดท่าศีรษะสูงส่งผลดีทั้งต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ โดยผลดีที่เกิดกับผู้คลอดคือทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำได้ดีเพราะอยู่ในแนวเดียวกับแรงโน้มถ่วงโลก ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดี และแรงโน้มถ่วงของโลกยังช่วยให้การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกดีขึ้น ส่งผลทำให้ปากมดลูกเปิดได้ดีขึ้น

เห็นได้ว่าการผสมผสานการฝึกการหายใจร่วมกับการจัดท่าเป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง เพราะสามารถปฏิบัติได้ง่าย และปลอดภัยกับผู้คลอด สามารถช่วยให้ความเจ็บปวดลดลงและยังช่วยในเรื่องของระยะเวลาในระยะที่ 1 สั้นลง

คำสำคัญ: การบริหารการหายใจ การจัดท่าศีรษะสูง ความเจ็บปวด ระยะเวลาของการคลอด

[1] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Registered nurse (Professional Level), Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Health
[2] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Registered nurse (Senior Professional Level), Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Health

Abstract

Labour is a natural process that a parturient must face painfulness. The painfulness affects to the increasing of epinephrine and cortisol level, and then the uterine contraction is slower or intermittent. These effects can cause to a prolong labour and lead to be operative obstetrics. The integration of breathing exercise and positioning based on clinical nursing during a labour time will relax abdominal muscles and reduce the resistance between abdominal wall and uterus; hence the maternal heart-rate and blood pressure will decrease, and also lower on energy that will help to be lower tired. Upright position during labour is well influence to the parturient and fetuses. Together with the Earth's gravity pulling, their heads will be moving down well, causing to be more and more cervix dilatation.

Therefore, the integration of breathing exercise with nursing practice of upright positioning is an effective method; easily operate, save for parturient, reduce painfulness and shorten first period of labour.

Keyword: Breathing exercise, Positioning based, Pain, Duration of labor

บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการทางธรรมชาติซึ่งผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวด อันมีสาเหตุเกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก ขณะที่มดลูกหดรัดตัวเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกจะหดรัดตัวทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลงส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Wilson & Lowdermilk, 2006) ความเจ็บปวดของผู้คลอดจะทำให้ระดับของอิพิเนฟริน (epinephrine) และคอร์ติซอล (cortisol) สูงขึ้น ส่งผลให้มดลูกหดรัดตัวช้าลงและจังหวะการหดรัดตัวไม่สม่ำเสมอ ทำให้ระยะเวลาการคลอดยาวนาน การเพิ่มขึ้นของระดับความเจ็บปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก ผู้คลอดบางคนอาจไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และนำไปสู่การขอยุติการคลอด หรือการคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการอันส่งผลต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ได้ ทั้งนี้แนวทางการดูแลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดในระยะคลอดมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การนวด การหายใจ การจัดท่า เป็นต้น โดยแนวทางหรือเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดดังกล่าวอาจสามารถปฏิบัติโดยใช้วิธีการเดียวหรือการผสมผสานเทคนิคหลายวิธีร่วมกัน บทความฉบับนี้มีเป้าหมายเพื่อเสนอแนวทางการดูแลแบบผสมผสานเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยการให้ผู้คลอดฝึกการหายใจที่ถูกวิธีร่วมกับการจัดท่าที่เหมาะสม โดยเนื้อหาประกอบด้วย กลไกความเจ็บปวดในระยะคลอดตามทฤษฎีควบคุมประตู ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด การประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด ปัญหา/ผลกระทบของความเจ็บปวดในระยะคลอดต่อมารดาและทารกในครรภ์ แนวทางการลดความเจ็บปวด ในระยะคลอดโดยการฝึกการหายใจร่วมกับการจัดท่า โดยผู้เขียนหวังว่าจะเป็นองค์ความรู้สำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กลไกความเจ็บปวดในระยะคลอดตามทฤษฎีควบคุมประตู

ความเจ็บปวดในระยะคลอดสามารถอธิบายกลไกที่เกิดขึ้นโดยใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ของ Melzack and Wall (1982) และทฤษฎีการควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control theory) เป็นพื้นฐานในการจัดการความเจ็บปวด คือ การส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวดไปยังระดับสมองเพื่อการรับรู้ มี 3 ทาง คือ การทำงานของใยประสาทการรับรู้ความเจ็บปวดขนาดใหญ่ และใยประสาทขนาดเล็ก โดยมีกลไกการปรับสัญญาณอยู่ในระดับไขสันหลังบริเวณซับสแตนเชียลจิลาทิโนซา (Substantial Gelatinosa) โดยใยประสาทขนาดใหญ่จะทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทเพื่อปิดประตู ส่วนใยประสาทขนาดเล็กทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทเพื่อเปิดประตู เมื่อมีสิ่งกระตุ้นร่างกายจะเกิดพลังประสาทจากใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้ นำเข้าสู่ระบบควบคุมประตู (Nichol & Humanick, 2000) ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ประตูก็จะเปิด สัญญาณความเจ็บปวดจะถูกส่งออกจากระบบควบคุมประตูไปยังระบบสมองจึงเกิดการรับรู้ความเจ็บปวด ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าใยประสาทขนาดเล็กระบบควบคุมประตูจะปิดประตู จึงไม่มีสัญญาณนำขึ้นไปยังสมอง และทำให้ไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด

ซึ่งในขณะเดียวกันการเดินทางของประสาทในการควบคุมความปวดนั้น มีการควบคุมจากเปลือกสมองและไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ผ่านลงมายังสมองส่วนกลางเพอริอะควีดักทัลเกร์ (midbrain periaqueductal gray) และบริเวณส่วนบนของเมดูลา (medulla) ในที่สุดจะมาควบคุมที่บริเวณเดอร์ซัล ฮอร์น (Dorsal horn) ในระดับไขสันหลัง การควบคุมการเปิดปิดประตูนั้น เป็นผลมาจากการทำงานของสารเคมี 2 ชนิด คือสาร พี และเอนโดจีนัส โอปิเอท (endogenous opiate) เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กที่ไขสันหลังจะปล่อยสาร พี ในขณะเดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่ และใยประสาทนำลงจากสมอง จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของเอส จี (SG cell) ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน (Enkephalins) ซึ่งจะมีผลไปยับยั้งการทำงานของสาร พี ทำให้ไม่มีกระแสประสาทไปกระตุ้นเซลล์ที (T cell) จึงไม่มีการส่งกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมอง จึงไม่เกิดความรู้สึกปวด แต่ถ้าเอนเคฟาลิน (Enkephalins) ไม่สามารถยับยั้งการทำงานของสารพี ได้หมด สาร พี ที่เหลือจะไปกระตุ้นเซลล์ที (T cell) ทำให้มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น (Lowel & Hassan, 1999) ทุกครั้งที่มีการถ่ายทอดกระแสประสาทความปวดจะมีเอนเคฟาลิน (Enkephalins) หลั่งออกมาจากเอนเคฟาลิน อินเตอร์นิวโรน (Enkephalins Interneuron) ควบคู่ด้วยเสมอ ซึ่งสามารถยับยั้งการถ่ายทอดกระแสประสาทความปวดได้สารดังกล่าว คือ เอนดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ง่วงนอน เกิดความผาสุกและความรู้สึกปิติยินดี ปัจจัยที่มีผลกระตุ้นทำให้ เอนดอร์ฟิน (Endorphin) หลังเพิ่มขึ้น ได้แก่ การนวด การฝังเข็ม การผ่อนคลาย และการกระตุ้นปลายประสาท

ดังนั้นการเจ็บครรภ์คลอดจึงเป็นกลไกการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้คลอดสามารถรับรู้ความปวดโดยผ่านทางไขสันหลัง (Spinal cord) และส่งสัญญาณความปวดไปที่สมอง จึงทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ความปวด จะเห็นได้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็น กลไกค่อนข้างซับซ้อนเป็นความปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่ผู้คลอดจะสามารถ เผชิญความปวดได้มากหรือน้อยจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยทางร่างกาย ความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูก ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และประสบการณ์ความปวดที่เคยผ่านมา (Dick-Read, 2004) หากผู้คลอดไม่ได้รับการจัดการความปวดและไม่สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ตามมา

ผลกระทบในระยะคลอดต่อมารดาและทารกในครรภ์

ความเจ็บปวดเป็นผลจากการตอบสนองทางสรีรวิทยา ทำให้เกิดผลต่อมารดาและทารกในครรภ์ ดังนี้

ผลต่อมารดา

ความเจ็บปวดที่รุนแรงจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิติคให้หลั่งสารแคททิโคลามีน คอร์ติโคสเตอร์รอยด์ (catecholamine corticosteroid)และอดรีโนคอร์ติโคโทรปิค ฮอร์โมน (adrenocorticotropic hormone: ACTH) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้การหดรัดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ระยะการคลอดยาวนาน มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจในการตอบสนองต่อการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจในการตอบสนองต่อการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการหายใจเร็วขึ้น อาจเกิดภาวะเลือดเป็นด่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis)ได้ มีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ 20 – 30 มิลลิเมตรปรอท ปริมาตรเลือดที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจ (cardiac output) เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ ตั้งครรภ์ร่วมกับความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ อีกทั้งยังกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแกสตริน (gastrin) ออกมากระตุ้นกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งกรดออกมาเพิ่มขึ้น การทำงานของกระเพาะอาหารลดลง ทำให้กระเพาะอาหารว่างช้าลง เนื่องจากความเจ็บปวดทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน (epinephrine) และฮอร์โมนคอร์ตอซอล (cortisol) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้มดลูกหดรัดตัวลดน้อยลง ส่งผลให้ระยะการคลอดยาวนานได้ ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดและความเจ็บปวดตามมาได้ ผู้คลอดจะแสดงอาการเจ็บปวดโดยการร้องไห้ ร้องครวญคราง มือเท้าเกร็ง รู้สึกเหนื่อยล้า ผู้คลอดที่มีความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดมากๆ จะส่งผลให้ผู้คลอกเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด มีทัศนคติและประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด และกลัวต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไปได้

ผลต่อทารกในครรภ์

จากการที่ผู้คลอดเจ็บปวดมากจะส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์ได้ เมื่อมดลูกหดรัดตัวผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด ระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic) ถูกกระตุ้น หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายหดรัดตัว เพื่อลดการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่ไม่สำคัญเช่น มดลูก ทำให้เลือดที่สูบฉีดมาเลี้ยงมดลูกลดลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูกรวมทั้งออกซิเจนที่ไปสู่ทารกไม่เพียงพอ เกิดภาวะอันตรายต่อทารก คือ ภาวะเลือดเป็นกรด และภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ได้ (Dick-Read, 1984; Jimenez, 2000; Nerum et al., 2006; Waldenstrom et al., 2006)

การจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

การจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด เป็นสิ่งสำคัญและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการ จัดการดูแล เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย การศึกษาวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์ คลอดได้ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย และมี การศึกษาวิธีเพื่อบรรเทาความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดหลายวิธีโดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีควบคุม ประตู พยาบาลควรมีความเข้าใจทฤษฎีความปวดและศึกษาวิธีการต่างๆ เพื่อน นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด วิธีการบรรเทาความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดจากการศึกษาวิจัย มีดังนี้

1. การใช้ความร้อน การลดความปวดด้วย ความร้อนนั้น ความร้อนจะไปกระตุ้นใยประสาทขนาด ใหญ่ที่บริเวณผิวหนัง ทำให้ช่วยลดการส่งสัญญาณความ ปวดไปที่ T cell ส่งผลให้การส่งสัญญาณของความปวด จากระดับไขสันหลังไปยังสมองลดลง (Melzack & Wall, 1967) นอกจากนั้นความร้อนยังช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดจะช่วย ลดความปวดที่เกิดจากการขาดเลือดและเพิ่มการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและส่งต่อไปยังทารกในครรภ์อีกด้วย (D'Arcy, 2007) ตลอดจน

ความร้อนทำให้เกิดการผ่อนคลายโดยความร้อนจะไป กระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) มีผลให้ความปวดลดลง วิธีการประคบร้อนมีการนำไปใช้หลากหลายรูปแบบ

2. การสัมผัสและการนวด การสัมผัสและการนวด เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่ผิวหนัง ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดจาก SG cell ไปยัง T cell ที่อยู่ใน dorsal horn ส่งผลให้ระบบการควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงลดการส่งกระแสประสาทความปวดไปยังระดับสมองทำให้การรับรู้ความปวดลดลง นอกจากนั้นยังช่วยทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดี การนวดและการสัมผัสนี้ส่วนใหญ่ทำบริเวณก้นกบหรือตำแหน่งที่ผู้คลอดปวด โดยใช้มือ นวดลึกๆ เป็นวงกลมที่บริเวณก้นกบขณะมดลูกมีการหด รัดตัว น้ำหนักมือให้คงที่สม่ำเสมอ นอกจากนั้นแล้วยังมีการนวดกดจุด (Acupressure) เป็นการนวดประยุกต์นำมาเน้นเฉพาะจุดตำแหน่งที่ปวด ซึ่ง ช่วยลดปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ และยังสามารถลดอาการปวดหลังในระยะคลอด ในรายที่ทารกอยู่ในท่าศีรษะส่วนท้ายทอยเป็นส่วนนำ (Occipito-posterior position) (West, 2001) นอกจากนี้การนวดกดจุดเป็นการสัมผัสบริเวณต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดได้รับรู้ถึงการดูแลบรรเทาความปวดทำให้ผู้คลอดผ่อนคลายลดความกังวลได้มากขึ้น (Worawong et al., 2011)

3. การใช้เทคนิคการหายใจ การใช้เทคนิค การหายใจเป็นวิธีที่ลดความปวดได้ดีเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมเนื่องจากปฏิบัติได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้เองโดยการหายใจแบบล้างปอด (Cleansing breath) โดยเริ่มจากการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ทางจมูก และหายใจออกทางปากช้าๆ 1 ครั้ง หลังจากนั้นหายใจ แบบลึกๆ ช้าๆ (Slow-deep chest breathing) โดย หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-4) แล้วผ่อนการหายใจออกทางปากช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1-5) โดยทำในอัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้งต่อนาที ซึ่งทำใน ขณะที่มดลูกหดรัดตัว การใช้เทคนิคการหายใจเป็นการ เบี่ยงเบนความสนใจอย่างหนึ่งโดยการให้ผู้คลอดมีสมาธิ ในการควบคุมการหายใจซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความปวดลดลง (Worawong et al., 2011)

4. การลูบหน้าท้อง เป็นการกระตุ้นทางผิวหนังด้วยการสัมผัส โดยสามารถลดความปวดได้จากการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ส่งสัญญาณไป ปิดประตูความปวดที่ไขสันหลังทำให้การรับรู้การความปวดลดลง วิธีการลูบหน้าท้องทำโดยการใช้ปลายฝ่ามือ ทั้ง 5 นิ้ว นวดเป็นวงกลมด้วยจังหวะที่สม่ำเสมอบริเวณ หน้าท้องโดยวนเป็นรูปวงกลม ทำซ้ำเวลามดลูกหดรัดตัว พบว่าความปวดลดลง (Worawong et al., 2011) การใช้กระบวนการคิดรู้ (Cognitive process) เป็นการควบคุมระบบประสาทที่ทำหน้าที่แปลตัวกระตุ้นความปวดโดยระบบด้านความคิด (Cognitive system) สามารถสั่งการให้ประตูปิดที่ไขสันหลังได้ ปัจจุบันการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคลอดในการ เผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดจะช่วยให้ผู้คลอดได้รับรู้ลดความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการตัดวงจรความกลัว ความตึงเครียด และความปวดให้กับผู้คลอดระหว่างที่รอคลอด โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้คลอด จากการศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวล แก่ผู้คลอดครรภ์แรก ในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้ความปวดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

5. การใช้กระบวนการคิดรู้ (Cognitive process) เป็นการควบคุมระบบประสาทที่ทำหน้าที่แปลตัวกระตุ้นความปวดโดยระบบด้านความคิด (Cognitive system) สามารถสั่งการให้ประตูปิดที่ไขสันหลังได้ ปัจจุบันการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการคลอดในการ เผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดจะช่วยให้ผู้คลอดได้รับรู้ลดความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการตัดวงจรความกลัว ความตึงเครียด และความปวดให้กับผู้คลอดระหว่างที่รอคลอดโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้คลอด

6. การแช่น้ำ (Immersion in water) เป็น การลดความปวดอีกวิธีหนึ่งโดยให้ผู้คลอดแช่ในน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดาเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ลดความ ตึงเครียด การแช่ในน้ำยังส่งผลให้มีการหลั่งเอนดอร์ฟิน (Endorphin) การไหลเวียนเลือดไปที่มดลูกดีขึ้น (Zwelling et al., 2006) ช่วยให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน จึงช่วยให้มดลูกมีการหดรัดตัวดีขึ้น และช่วยกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ปิดประตูความปวดที่ไขสันหลัง (Benfield & Hortobagyi, 2010)

การประเมินความปวดของผู้คลอดในระยะคลอด

พยาบาลสามารถประเมินความปวดได้หลาย วิธีดังนี้

1. การประเมินความปวดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยา (Physiological responses) โดยประเมินจากสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นของ หัวใจและอัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น มีเหงื่อออกบริเวณฝ่ามือการประเมินโดยวิธีนี้มีความน่าเชื่อถือสูง อย่างไรก็ดีหากความปวดเกิดขึ้นค่อนข้างนาน ร่างกายจะปรับตัวให้คืนสู่สภาพปกติได้แม้ จะยังมีความปวดอยู่

2. การประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยการสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกทางสีหน้า การเคลื่อนไหว ทางลำตัว แขนขา การส่งเสียง ร้องไห้เกร็งตัว ตัวสั่น แต่การประเมินการตอบสนองชนิดนี้ บางครั้งพฤติกรรมที่พยาบาลสังเกตได้กับการบอกเล่าถึงความปวดของผู้คลอดในระยะคลอดอาจไม่สัมพันธ์กันจึง จำเป็นต้องประเมินโดยวิธีอื่นร่วมด้วย

3. การประเมินความปวดจากการรับรู้ของผู้ป่วย (Self-report) โดยการซักถามและให้ผู้คลอดบอกเล่าความปวดของตนเอง การประเมินชนิดนี้ สามารถประเมินตำแหน่งที่ปวดความรุนแรงลักษณะของความปวดและระยะเวลาที่ปวดได้เพราะผู้คลอดเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ ใช้ในการประเมินความปวด มีหลายแบบ ซึ่งส่วนใหญ่ จะใช้วิธีประเมินดังนี้ 4.1. มาตราวัดความปวดโดยใช้ตัวเลข1ถึง 10 (Number rating scale) เพื่อประเมินระดับความ รุนแรงของความปวดเริ่มจาก 0 คือ ไม่ปวด ไปจนถึง 10 คือความปวดมากที่สุด 4.2. มาตราวัดความปวดที่ใช้ภาพ การ แสดงออกบนใบหน้าบอกความรู้สึกปวด(Face pain rating scale) มีทั้งหมด 6 ภาพ เริ่มจากไม่ปวดแทน ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มไปจนถึงปวดมากที่สุด แทนด้วยภาพสีหน้าร้องไห้น้ำตาไหล 4.3. มาตราวัดความเจ็บปวดเปรียบเทียบด้วย สายตา (Visualanalogue scale) เป็นมาตราวัดความ ปวดโดยใช้เส้นตรง ที่มีตัวเลขกำกับอย่างต่อเนื่อง เพื่อ ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดเริ่มจาก 0

การผสมผสานการฝึกการหายใจร่วมกับการจัดท่า

แนวทางการบริหารการหายใจและการจัดท่าสำหรับผู้คลอดสามารถช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยกลไกที่แตกต่างกัน และนอกจากนี้ยังมีแนวทางการดำเนินการและข้อพึงระวังที่แตกต่างกัน ในที่นี้ผู้เขียนจึงขอเสนอรายละเอียดในแต่ละประเด็นก่อนที่จะเสนอแนวทางการผสมผสานวิธีการทั้งสองวิธีนี้เข้าด้วยกัน ดังนี้

การบริหารการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด

ประโยชน์ของการบริหารการหายใจเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด

การหายใจเป็นการเพิ่มออกซิเจนในระบบไหลเวียน ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายได้ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ลดอาการอ่อนเพลีย ลดการใช้พลังและยังช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบายมากขึ้น

การหายใจ ช่วยให้ผ่อนคลายและเกิดความสมดุลของออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย หลักสำคัญคือผู้คลอดจะต้องไม่กลั้นหายใจ ซึ่งจะทำให้ระดับของก๊าซออกซิเจนลดลง ความเจ็บปวดจะรุนแรงขึ้นอาจส่งผลกระทบถึงลูกในครรภ์ได้ ดังนั้นการบริหารการหายใจ (Breathing exercise) จึงเป็นเทคนิคที่จะช่วยเพิ่มจำนวนออกซิเจนส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้ความเจ็บปวดและความเครียดลดลง

ขั้นตอน

ให้ผู้คลอดนั่งหรือนอน ให้ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลายเต็มที่ ลืมตาเพ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่ง จากนั้นหายใจเข้าทางจมูกลึกๆช้าๆ พร้อมทั้งนับในใจ 1 ถึง 5 แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ หายใจประมาณ 6-9 ครั้งต่อนาที ครั้งตลอดระยะเวลาที่มดลูกหดรัดตัว การหายใจจะต้องช้า จังหวะสม่ำเสมอเงียบและเบา มีการผ่อนคลายเต็มที่

ข้อพึงระวัง

ผู้คลอดจะต้องไม่กลั้นหายใจ ซึ่งจะทำให้ระดับของก๊าซออกซิเจนลดลง ความเจ็บปวดจะรุนแรงขึ้นอาจส่งผลกระทบถึงลูกในครรภ์ได้

การจัดท่า

ประโยชน์

การเปลี่ยนท่าบ่อยๆอย่างน้อยทุก 30-60 นาที จะช่วยบรรเทาความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ ช่วยปรับความสัมพันธ์ระหว่างทารกกับอุ้งเชิงกราน ลดแรงกดที่จุดใดจุดหนึ่งของร่างกายและส่งเสริมการคลอดได้เร็ว การเปลี่ยนท่าศีรษะสูงทำให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด ลดการชักนำการคลอด ความผิดปกติของท่ารก ลดการใช้ยาระงับปวด ลดความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอด ทำให้ผู้คลอดหายใจสะดวกไม่อึดอัด มดลูกไม่กดหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดดำใหญ่ ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ระยะเวลาของการคลอดสั้นกว่าท่านอนหงาย เพิ่มขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของกระดูกเชิงกราน เพิ่มประสิทธิภาพในการเบ่งและการคลอด

ขั้นตอน

1. ปรับเตียงรอคลอดให้ได้มุม 30-45 องศาจากนั้นให้ผู้คลอดได้นอนโดยมีหมอนหนุนศีรษะเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสบายขึ้น จากนั้นให้ผู้คลอดลงมานั่งเก้าอี้โดยให้นั่งค้อมเก้าอี้โดยหันหน้าเข้าพนักพิงแล้วโน้มตัวมาข้างหน้ามือทั้งสองข้างจับพนักพิงช่องว่างระหว่างพนักพิงกับหน้าท้องผู้วิจัยนำหมอนมาใส่ระหว่างกลางเพื่อให้มารดารู้สึกสบายขึ้น ในการอยู่แต่ละท่าของผู้คลอดผู้วิจัยจะให้ผู้คลอดทำการหายใจควบคู่ไปด้วย

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าการผสมผสานการฝึกการหายใจร่วมกับการจัดท่าเป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง เพราะสามารถปฏิบัติได้ง่าย และปลอดภัยกับผู้คลอด สามารถช่วยให้ความเจ็บปวดลดลงและยังช่วยในเรื่องของระยะเวลาในระยะที่ 1 สั้นลง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริการ พยาบาลควรนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดและระยะเวลาในระยะคลอด

2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบของการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดท่าศีรษะสูง

3. ด้านการศึกษา ควรมีการสอนและฝึกวิธีการบริหารการหายใจและการจัดท่าศีรษะสูงให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาใช้เป็นแนวทางในการลดความเจ็บปวดและระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดและตอบสนองความต้องการของผู้คลอดให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

References

Abushaikha, L. & Oweis, A. (2005). Labour pain experience and intensity : a Jordanian perspective, *International Journal of nursingPractice, 11*(1), 33-38.

Alqattan H, Cleland J, & Morrison Z. (2018). An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *Journal of Taibah University Medical Sciences, 13*(3), 272-80.

Barbara, S. (1984). Contral of pain in labor. *Nursing Mirror, 7*(3), 31-33.

Bobak, I. M. & Jensen, M. D. (1993). *Maternity and gynecologic care: The nurse and the family*. (5th ed.). St. Louis: Mosby.

D'Arcy YM. (2007). *Pain management evidence-based tools and techniques for nursing professionals*. United States of America: HCPro Inc.

Dick-Read, L. (2007). *Real natural childbirth. Regaining our most fundamental birth right*. Dick-Read School for Natural Childbirth. Australia.

Fahami , F., Masoudfar, S. & Davazdahemami, Sh. (2007). The effect of lamaze practices on the outcome of pregnancy and labor in primpara women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 12*(3), 111-114.

Khamvongsa, J. (2018). The effects of continuous support program during labor by nurses on pain levels and pain coping behaviors in primiparous adolescents at Buengkan hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal. 26*(3):164-75.

Khwanmueang P, Chunuan S, & Thitimapong B. (2020). Effect of childbirth preparation program with continuous labor support on labor pain of first-time teenage pregnant women. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 30*(3), 115-27.

Khwepeya, M., Lee, G. T., Chen, S. R., & Kuo, S. Y. (2018). Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC pregnancy and childbirth*, *18*(1), 391- 398.

Lawrence , A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. & Styles, C.(2009). Maternal positions and *mobility during first stage labour.* The Cochrane Library. Oxford, UK: Update Software.

Leeman , L. et al. (2003). *The nature and management of labor pain: part I. nonpharmacologic pain relief. American Family Physician, 68*(6), 1109-1112.

Lowdermilk, D.L., et al., (1999). *Maternity nursing.* St.Louis :Mosby

Lowdermilk, D.L. & Fishel, A.H. (1991). Computer simulations as a measure of nursing students decision – making. *Journal of Nurse Education*, *30*(1), 34-39.

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

Mander, R. (2011). *Pain in childbearing and its control.* SPI Publisher Services, Pondicherry, India.

Marmor, T. R. & Krol, D. M. (2002). Labor pain management in the United States: understanding patterns and the issue of choice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(5), 173-180.

Mayberry, L.J., Clemmens, D. & De, A. (2002). Epidural Analgesia side effects, co-interventions and care of women during childbirth : a systematic review. *American Journal Obstetrics & Gynecology, 186*, S81-S93.

McDonald, S. (2003). *Physiology and management of the third stage of labour*. In D. Fraser and M.Cooper. Myles Textbook for midwives. Edin-burgh: Churchill Livingstone.

McNeil, A., & Jomeen, J. (2010). 'Gezellig': a concept for managing pain during labour and childbirth. *British Journal Of Midwifery*, *18*(8), 515-520.

Mercer R.T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing research*, 30, 73 – 77.

Nichols, F.H. & Zwilling, E. (1997). *Maternal- newborn nursing: Theory and Practice.* Philladelphia: W.B. Saunder.

Novak, J.C., & Broom, B.L., (1995). *Maternal and child health nursing*. St. Louis: Mosby

Sauls D. J. (2004) Adolescents' perception of support during labor. *The Journal of Perinatal Education, 13*(4), 36–42.

Steel, A., Adams, J., Sibbritt, D., Broom, A., Gallois, C., & Frawley, J. (2015). Managing the pain of labour: factors associated with the use of labour pain management for pregnant Australian women. Health expectations. *An international journal of public Participation in health care and health policy, 18*(5), 1633-1644.

Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, & Oladapo OT. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health, 16*(1), 71-79.

Tzeng YL, Yang YL, Kuo PC, Lin YC, & Chen SL. (2017). Pain, anxiety, and fatigue during labor: a prospective, repeated measures study. *J Nurs Res, 25*(1), 59-67.

Worawong, D., Anusornteerakul, S., & Chaisiwamongkol, W. (2011). Mother's pain level in the first stage of labor after receiving pain relief. using breathing techniques Abdominal stroking and coccyx massage. *Journal of Nursing Science and Health, 34*(3), 31-39.