

(Review Articles)

Nonpharmacological Pain Management Methods of Mothers During the First Stage of Labor

Sutharat Churos M.N.S.

Boromarajonani College of Nursing, Chainat

sutharatbuu@gmail.com

Pain in labor is pain that all mothers giving birth is unavoidable because it is a symptom that occurs naturally from the contraction of the uterus. In order to propel the fetal, placenta and placenta membranes from the uterus. Motherhood Maternity has been suffering from pain in all phases of delivery. The first Stage of labor is the longest distance compared to other means of delivery. Pain causes stress may result in babies with oxygen deficiency, so the first stage of pain management method is important. Only medication for pain may not be enough. And also due to the side effects of medications on mothers and babies. So how to reduce the pain without drugs is important. This relieves pain without drugs techniques are often discussed and put into practice. 1. Relaxation 2. Cutaneous stimulation 3. Mental stimulation 4. Breathing. This will depend on the pains and needs of each individual. It may take several methods. This article aims to give readers a way to nonpharmacological pain management methods of mothers during the first stage of labor. And understand manage pain. And can help mothers give birth safely.

Keywords : Labor pain, Pain management, First stage of labor

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 64 No. 3 September - December 2018

(บทความฟื้นฟูวิชาการ)

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด

สุธารัตน์ ชูรส, พย.ม.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

ความปวดในระยะคลอดถือเป็นความปวดที่มารดาคลอดบุตรทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูก เพื่อจะขับเคลื่อนทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูก มารดาคลอดบุตรจะได้รับความทุกข์ทรมาน จากความเจ็บปวดในทุกระยะของการคลอด ซึ่งระยะที่หนึ่งนับว่าเป็นระยะที่นานที่สุดเมื่อเทียบกับระยะอื่น ๆ ของการคลอด ความปวดจะทำให้เกิดความเครียดที่ส่งผลทำให้ทารกอาจมีภาวะขาดออกซิเจนได้ ดังนั้น การจัดการความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดจึงมีความสำคัญ การใช้ยาลดปวดอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ และยังเกิดอาการข้างเคียงของยาต่อมารดาและทารก ดังนั้นการใช้วิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยาจึงสำคัญ ซึ่งเทคนิคการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาที่มีการกล่าวถึงและนำมาปฏิบัติบ่อยครั้งมีดังนี้ คือ 1. การผ่อนคลาย 2. การกระตุ้นสัมผัสทางผิวหนัง 3. การกระตุ้นด้านจิตใจ 4. การหายใจ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความปวดและความต้องการของแต่ละบุคคล อาจใช้มากกว่าหนึ่งวิธีร่วมกัน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้อ่านใช้เป็นแนวทางในการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และมีความเข้าใจ ในการจัดการความปวด และสามารถช่วยเหลือมารดาให้คลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การเจ็บครรภ์, การจัดการความปวด, มารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด

บทนำ

ความปวดในระยะคลอดถือเป็นความปวดที่มารดาคลอดบุตรทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูก เพื่อจะขับเคลื่อนทารก รก และเยื่อหุ้มรก ออกจากโพรงมดลูก มารดาคลอดบุตรจะได้รับทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในทุกๆระยะของการคลอด ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือเริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ระยะที่ 2 คือระยะปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ระยะที่ 3 ระยะทารกคลอด จนถึงรกคลอด และระยะที่ 4 คือระยะที่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด⁽¹⁾ ในแต่ละระยะจะมีความปวดที่มีความรุนแรงต่างกัน ระยะที่หนึ่งของการคลอดมารดาจะมีความปวดจากการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อมดลูก การยืดขยายของปากมดลูก กล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน ผิเย็บ และจากแรงกดดันของส่วนนำของทารกต่อปากมดลูก ช่องคลอด บางส่วนของท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนัก⁽²⁾ โดยทั่วไปจะมีระยะเวลาประมาณ 8-24 ชั่วโมงในครรภ์แรก เฉลี่ย 12 ชั่วโมง และ 4-12 ชั่วโมงในครรภ์หลัง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง⁽³⁾ ซึ่งนับว่าเป็นระยะที่นานที่สุดเมื่อเทียบกับระยะอื่น ๆ ของการคลอด จึงเป็นระยะที่มารดาส่วนหนึ่งหมดความอดทนและไม่ต้องการให้เกิดความปวดอีก เกิดความกลัวในการคลอดโดยวิธีธรรมชาตินำไปสู่ความต้องการผ่าตัด คลอดเด็กออกทางหน้าท้อง การปล่อยให้มารดาในระยะคลอดทนทุกข์ทรมานจากความปวดเป็นเวลานานจะมีผลเสียตามมาหลายประการ เช่น ความเครียดที่จะส่งผลทำให้ทารกอาจมีภาวะการขาดออกซิเจนได้⁽⁴⁾

การจัดการความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดทำได้หลายวิธีทั้งโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา และการใช้ยา จากการศึกษาจำนวนผู้คลอด 698 ราย ที่ได้รับยาคลอดในระยะเวลาคลอดพบว่าร้อยละ 40 รายงานว่าการได้รับยาคลอดปวดอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการลดความปวดในระยะคลอด⁽⁵⁾ และยังเกิดอาการข้างเคียงของยาต่อมารดาและทารก นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่ามารดาในระยะคลอดต้องการ ๑ ลดปวดที่มีประสิทธิภาพ และต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ⁽⁶⁾ ดังนั้นการจัดการลดความปวดในระยะคลอดโดยวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากการใช้ยาคลอดจึงมีความสำคัญ

กลไกความปวดในระยะคลอด

ความปวดในระยะคลอดเป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าร่างกายของมารดาคลอดมีการเปลี่ยนแปลงและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการคลอด ซึ่งแบ่งระยะคลอดได้เป็น 4 ระยะ ตามที่ได้กล่าวข้างต้น ระยะที่หนึ่งของการคลอดเป็นระยะที่มีความสำคัญที่สุดเพราะอาการปวดจะเป็นสัญญาณบ่งชี้ให้มารดาเตรียมความพร้อมเข้าสู่การคลอดระยะต่อ ๆ มา

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์ด้านการรับรู้และอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์อันเกิดเนื่องจากเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บหรือการถูกอธิบายรูปแบบการบาดเจ็บ⁽⁷⁾ ดังนั้นความปวดในระยะคลอด จึงหมายถึง การรับรู้ถึง ความรู้สึกไม่สบายที่มารดาในระยะคลอดไม่ต้องการให้เกิดขึ้น ความปวดที่เกิดขึ้นนี้จะหายไปเมื่อการคลอดสิ้นสุดลง ซึ่งมีหลายทฤษฎีที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับมารดา ทารก และรกนำไปสู่การหดตัวของมดลูกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งการคลอดเสร็จสิ้นสมบูรณ์^(2,3) จากการศึกษาชิ้นคว้าเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง สามารถอธิบายได้พอสังเขปดังนี้

1. ทฤษฎีการยืดขยายของมดลูก (Uterine stretch theory) เมื่อครรภ์ครบกำหนด มดลูกจะยืดถึงขีดสุดจนไม่สามารถยืดขยายต่อไปได้อีกจะเกิดขบวนการทำให้มีการทำงานประสานกันของมดลูกส่วนบนและส่วนล่าง เรียกว่าการเกิด 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 โดยไปขัดขวางการนำกระแสประสาทกล้ามเนื้อมดลูกในระยะใกล้คลอด progesterone ลดลงทำให้มดลูกหดตัว

4. ทฤษฎีการกระตุ้นฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen stimulation theory) เมื่อครรภ์ครบกำหนด estrogen เพิ่มขึ้นส่งผลให้ไซโตเคมีภายในเซลล์สูงกว่าโพแทสเซียม จึงเกิดการส่งผ่านของกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดตัวและเพิ่มการสังเคราะห์ prostaglandin

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

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

7. ทฤษฎีความดัน (Pressure theory) การเคลื่อนที่ของส่วนนำของทารกจะกระตุ้นตัวรับรู้ความดันที่บริเวณมดลูกส่วนล่าง 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 เพิ่มสูงขึ้น กระตุ้น alpha-receptor ทำให้มดลูกหดตัว

ทฤษฎีต่าง ๆ ดังกล่าว สามารถร่วมกันอธิบายปรากฏการณ์ความปวดที่เกิดขึ้นแก่มารดาในระยะคลอด ซึ่งความปวดระยะคลอดไม่ว่าจะอธิบายด้วยกลไกตามทฤษฎีข้างต้น สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันคือ การมีสิ่งเร้า ความปวด (noxious stimuli) คือ การบีบรัดตัวของมดลูกเป็นตัวเริ่มต้นของเส้นทางส่งผ่านกระแสความปวด (pain pathway)

บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด

การจัดการความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดเป็นสิ่งสำคัญและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการจัดการดูแล เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย พยาบาลจะเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยบรรเทาความปวดของมารดาคลอดบุตร ซึ่งการจัดการความปวดอย่างปลอดภัยโดยวิธีการ

ไม่ใช้ยามีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีจะเหมาะสมกับมารดาคลอดบุตรแตกต่างกัน บางครั้งมารดาคลอดบุตรอาจจะเลือกวิธีที่ใช้มากกว่าหนึ่งวิธี เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่มีการกล่าวถึงและนำมาปฏิบัติบ่อยครั้ง มีดังต่อไปนี้⁽⁸⁾

1. การผ่อนคลาย (Relaxation) การผ่อนคลายเป็นวิธีที่ทำให้มารดาทนต่อความปวดได้มากขึ้นขณะที่ทารกมีการเคลื่อนลงต่ำของส่วนนำมากขึ้นทารกได้รับออกซิเจนมากขึ้นซึ่งเทคนิคที่ใช้คือ

1.1 การจัดสิ่งแวดล้อมให้ได้รับความสะดวกสบาย (Environmental comfort) โดยการปรับอุณหภูมิห้อง เสียงที่เหมาะสม การใช้กลิ่นหอมระเหยบำบัด (Aromatherapy) ในระยะคลอด มีรายงานวิจัยในหญิงระยะคลอด 8,058 ราย ในประเทศอังกฤษโดยการใช้น้ำมันที่มีกลิ่นหอม เช่น กลิ่น lavender กลิ่น frankincense กลิ่นยูคาลิปตัส (eucalyptus) กลิ่นส้มแมนดาริน (mandarin) และกลิ่นมะนาว โดยการทาผิวหนัง หรือการสูดดม พบว่าช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวการคลอดได้ ส่งเสริมความรู้สึกสบายใจ (sense of well-being) ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งเกิดจากการได้รับยาคลอดบุตร และสามารถลดการใช้ยาคลอดบุตรได้⁽⁹⁾ โดยพบว่ามีร้อยละ 8 ในมารดาครรภ์แรกและร้อยละ 18 ในมารดาครรภ์หลังไม่ต้องใช้ยาคลอดบุตรในระยะคลอด⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามนักวิจัยสรุปว่า น้ำมันที่มีกลิ่นหอมและกลิ่นรสขม (clary sage) และน้ำมันที่ทำจากสมุนไพร (chamomile) ลดความปวดแก่มารดาได้ดี การใช้ดนตรีผ่อนคลาย (relaxing music) มีงานวิจัยที่ใช้ผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่ากลุ่มทดลอง 32 รายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾ ลักษณะดนตรีที่ใช้ในการลดปวดคือดนตรีที่มีความไพเราะเป็นธรรมชาติ ช่วยทำให้เกิดการสงบวังงทำให้ผู้ฟังเพลงเกิดการเคลิบเคลิ้มและผ่อนคลายของกล้ามเนื้อมากกว่าการใช้ดนตรีในลักษณะเร่งเร้า⁽¹²⁾ ดนตรีที่ควรใช้ในการลดปวดคือดนตรีบรรเลงเสียงอยู่ในระดับเดียวกัน และไปด้วยกัน ซึ่งทำให้เกิดการผ่อนคลายได้มากกว่าการใช้เพลงที่มีทำนองร้อง⁽¹³⁾ จากการศึกษาของนักวิจัย^(14,15) อาจกล่าวได้ว่าหูตื้นซ้ายรับเสียงเพลงบรรเลงได้ดีกว่าเพลงที่มีเนื้อร้องหรือ

เสียงพูด และเชื่อว่าเสียงที่รับจากหูด้านซ้ายได้ดีกว่า ข้อมูลจะถูกส่งไปยังสมองด้านขวาได้ดีกว่าเสียงที่หูขวาได้รับ⁽¹⁶⁾ ซึ่งสมองด้านขวาจะทำหน้าที่เด่นด้านความคิดสร้างสรรค์ ในขณะที่สมองซีกซ้ายจะเด่นด้านการพูดและภาษารวมทั้งการทำงานของร่างกาย⁽¹⁷⁾ ดังนั้นเมื่อบุคคลได้ฟังดนตรีบรรเลงจึงเกิดการเคลิบเคลิ้มผ่อนคลายได้มากกว่าการฟังเพลงที่มีเนื้อร้อง อย่างไรก็ตามไม่ควรใช้ดนตรีในผู้ที่ที่มีประวัติเมื่อได้รับดนตรีแล้วมีอาการชัก⁽¹⁸⁾ หรือได้รับดนตรีแล้วมีอาการหืออ มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือการทรงตัว⁽¹⁹⁾ และให้ระมัดระวังการใช้ดนตรีกับบุคคลในวัยกลางคน หรือบุคคลที่เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ⁽¹⁸⁾ ดังนั้นการใช้ดนตรีมีผลบรรเทาความปวด

1.2 การจัดการความสบายทั่วไป (General comfort) เช่น การที่ไม่ให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่เปียกน้ำคร่ำ จัดอุณหภูมิห้องไม่ให้ร้อนเกินไป รวมถึงความสบายในการเคลื่อนไหวและการจัดท่าต่าง ๆ (Movement and position) การเคลื่อนไหว หรือการปล่อยให้มารดาอยู่ในท่าต่าง ๆ ที่ต้องการจะช่วยลดความปวดในระยะคลอดได้ จากการศึกษามารดา 89 ราย ที่ได้รับการติดเครื่องบันทึกไว้ตลอดเวลาในระยะคลอดทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว พบว่าร้อยละ 27 มีความเครียดสูงมาก และร้อยละ 40 มีความเครียดในระดับกลาง⁽²⁰⁾ ซึ่งความเครียดมีผลทำให้มารดาปวดมากขึ้นเช่นกัน จากงานวิจัยเกี่ยวกับท่าและความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่าขณะมารดาอยู่ในท่านั่งและยืนการปวดท้องและหลังลดลงมากกว่าการอยู่ในท่านอนตะแคงอย่างมีนัยสำคัญ^(21,22) เช่นเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 2 ของการคลอดในมารดาจำนวน 517 ราย ท่าของมารดาในแนวตั้งช่วยให้มารดาปวดน้อยกว่าท่านอน⁽²³⁾ ส่วนอีกการศึกษาในมารดาในระยะคลอดจำนวน 294 ราย มารดาในท่านอนกึ่งหัวสูงจะปวดน้อยกว่ามารดาท่านอนหงาย⁽²⁴⁾ การศึกษาเกี่ยวกับท่าที่มารดาชอบในระยะที่ 1 ของการคลอดพบว่ามารดาชอบท่านอนตะแคงมากกว่าท่านอนตั้ง^(25,26) อย่างไรก็ตามก่อนปากมดลูกเปิด 6 เซนติเมตร มารดาชอบอยู่ในท่านั่ง หลังจากนั้นจะชอบนอนตะแคง⁽²⁶⁾ จะเห็นว่าท่าของมารดาในแนวตั้งช่วยลดความปวดในระยะคลอด อย่างไรก็ตามในการจัดทำเพื่อลดปวด ควรคำนึงถึงความต้องการของมารดาประกอบด้วย

1.3 การลดความวิตกกังวลและความกลัว (Reducing anxiety and fear) โดยพยาบาลจะเป็น

ผู้ให้ข้อมูลความรู้แก่มารดาคลอดบุตร ซึ่งมีงานวิจัยที่ใช้ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด พบว่ากลุ่มทดลอง 15 คน หลังจากให้โปรแกรมความรู้แล้วประเมินกลุ่มทดลองจะมีความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁷⁾

2. การกระตุ้นสัมผัสทางผิวหนัง (Cutaneous stimulation)

2.1 การนวดด้วยตนเอง (Self-massage) โดยมารดาคลอดบุตรสามารถนวดด้วยตนเอง เป็นการกระตุ้นทางผิวหนังด้วยการสัมผัสโดยสามารถลดความปวดได้จากการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ส่งสัญญาณไปปิดประตูความปวดที่ไขสันหลังทำให้การรับรู้การปวดลดลง วิธีการนวดหน้าท้องทำได้โดยใช้ปลายฝ่ามือ ทั้ง 5 นิ้ว นวดเป็นวงกลมด้วยจังหวะที่สม่ำเสมอบริเวณหน้าท้องโดยวนเป็นรูปวงกลม ทำซ้ำเวลาคลอดทุกครึ่งตัว พบว่าความปวดลดลง⁽²⁸⁾

2.2 การสัมผัสและการนวดโดยผู้อื่น (Touching and Massage by others) อาจจะเป็นสามีหรือคนในครอบครัวนวดให้บริเวณที่มารดาคลอดบุตรปวด การสัมผัสจะแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ (caring) และการต้องการให้ความช่วยเหลือต่อมารดาของผู้สัมผัส⁽²⁹⁾ ซึ่งจะช่วยให้มารดาที่ถูกสัมผัสมีความปวดลดลงได้จากการสั่งงานของสมองทำให้ปิดประตูการส่งข้อมูลความปวดที่ไขสันหลังไม่ให้ส่งข้อมูลมายังสมองทำให้ไม่เกิดการรับรู้ความปวด ส่วนการนวดจะช่วยกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เมื่อสัดส่วนของการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่มากกว่าการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก ทำให้ยับยั้งเซลล์ส่งกระแสประสาท (transmission cell, T-cell) ที่ไขสันหลัง ด้านหลัง (dorsal horn) ไม่ให้ส่งข้อมูลความปวดไปยังสมอง⁽³⁰⁾ หรือทำให้ประตูความปวดที่ไขสันหลังปิดนั่นเอง ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกปวด ตำแหน่งที่ควรนวด เช่น ท้อง คอ หลัง ไหล่ แขน และขา⁽³¹⁾

ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษา ผลของการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดกับความวิตกกังวลในระยะคลอด พบว่ากลุ่มทดลอง 30 คน ที่ได้รับการนวดจากสามีที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมความเจ็บปวดที่เหมาะสม และสามารถลดระดับความวิตกกังวลจากการเจ็บครรภ์ ผู้คลอดพึงพอใจต่อการนวดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดอยู่ในระดับดีมาก⁽³²⁾

2.3 การนวดกดจุด (Acupressure)

เป็นการนวดที่ประยุกต์นำการนวดมาเน้นเฉพาะที่โดยจะใช้มือหรือเครื่องมือช่วยก็ได้ เช่น การใช้แรงกดกับมารดาที่มีอาการปวดหลังมาก ทำโดยใช้สันมือกดบริเวณหลัง เชื่อว่าอาจช่วยต้านการดึงของเอ็นยึดต่อกระดูก sacrum และกระดูก ilium (sacroiliac ligament) จากการกดของส่วนนำในท่าทารกศีรษะหงาย (occipital posterior position) และอาจช่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนของกระดูก sacrum ได้ เล็กน้อยเพื่อให้ผู้อยู่ในแนวตามปกติกับกระดูก ilium⁽²⁹⁾ ซึ่งช่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนตัวของทารก⁽³¹⁾ และการหมุนของส่วนนำทำให้การก้าวหน้าของการคลอดดีขึ้น ซึ่งมีงานวิจัยในการนวดกดจุดโดยทำในกลุ่มทดลอง 150 คน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการกดจุด มีคะแนนความเจ็บปวดลดลงมากที่สุด⁽³³⁾ ส่วนการใช้หัวแม่มือและนิ้วกดบริเวณฝ่าเท้าในตำแหน่งต่าง ๆ (reflexology) เชื่อว่าการกดบริเวณเท้าและฝ่าเท้าหรือกลางฝ่าเท้าซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีประสาททำให้เกิดรีเฟล็กซ์ไปยังมดลูกและปากมดลูกและต่อมใต้สมอง โดยจะมีผลต่อการเพิ่มการไหลเวียนของพลังงาน เลือด และน้ำเหลืองในร่างกายและกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารี ช่วยลดความเครียด ลดปวด และคลอดได้เร็ว⁽³¹⁾

3. การกระตุ้นด้านจิตใจ (Mental stimulation)

3.1 การจินตภาพ (Imagery) ทำให้

มารดาคลอดบุตรผ่านคลอด มีผลงานวิจัยศึกษาโปรแกรมเตรียมคลอด โดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่ทารกนอนอยู่ในครรภ์ต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลอง 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่ทารกนอนอยู่ในครรภ์มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽³⁴⁾

3.2 การเพ่งจุดสนใจ (Focal point) ใน

ระยะคลอดสามารถลดปวดโดยการเพ่งความสนใจ เช่น การเพ่งมอง ตั้งใจ ฟังเสียง หรือการเพ่งความสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะทำให้เกิดการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความปวดตามมา นอกจากนี้การสร้างจินตนาการและใช้ทักษะผ่อนคลายร่วมด้วยก็เป็นวิธีที่ลดปวดที่มีการทำงานในระดับสมองในการรับและส่งข้อมูลความปวดจากไขสันหลังได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามการเบี่ยงเบนความสนใจ จะใช้สมานน้อยกว่าการเพ่งความสนใจ⁽²⁹⁾

3.3 การใช้น้ำบำบัด (Hydrotherapy)

เป็นการช่วยในการผ่อนคลายโดยจะให้มารดาแช่ในน้ำธรรมดาหรือน้ำอุ่น ตามหลักทฤษฎีของอาคิมีดีส (Archimedes) เชื่อว่าเมื่อจมวัตถุลงในน้ำจะมีแรงต้านจากน้ำไม่ว่าจะจมทั้งหมดหรือจมนบางส่วนเพื่อต้านแรงโน้มถ่วงของโลกสุดท้ายจะทำให้วัตถุนั้นเหมือนกับน้ำหนักลดลง และน้ำหนักที่ลดลงจะเท่ากับปริมาณน้ำที่ถูกแทนที่⁽³⁵⁾ ดังนั้น มารดาจะรู้สึกตัวเบาสบาย ผ่านคลายลดความตึงเครียดด้านจิตใจ^(36,37) และการแช่น้ำยังช่วยให้มีการเคลื่อนไหวที่อิสระ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยในการลดความปวดในระยะคลอดได้ และเชื่อว่าเมื่อบุคคลอยู่ในน้ำระดับของ catecholamine จะต่ำลงเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อและข้อ^(38,39) และลดแรงกดจากกล้ามเนื้อหน้าท้องต่อมดลูก ทำให้มดลูกได้รับออกซิเจนมากขึ้น อุณหภูมิของน้ำที่ควรใช้คือ 34-38 องศาเซลเซียส^(31,40) ขนาดของอ่างควรมีความกว้างและยาว 4x8 ฟุต ความลึก 20 นิ้วเพื่อให้หน้าสัมผัสร่างกายมารดา⁽⁴¹⁾ ควรเริ่มให้มารดาแช่ในอ่างเมื่อมารดาอยู่ในระยะก้าวหน้า (active phase) ไม่ควรใช้ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เพราะอาจทำให้การคลอดล่าช้า⁽⁴²⁾ มีงานวิจัยได้ศึกษาเรื่องผลการใช้น้ำบำบัดต่อความวิตกกังวล ความปวด การตอบสนอง ระบบประสาท และกลไกการหดตัวของมดลูก โดยให้มารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอดจำนวน 11 ราย แช่ในน้ำอุ่น เป็นเวลาหนึ่งชั่วโมง พบว่ามารดามีอาการผ่อนคลายสบาย ช่วยทุเลาอาการปวด การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีการหลั่งของฮอร์โมน oxytocin มากขึ้น⁽⁴³⁾

4. การหายใจ (Breathing) การหายใจเป็นเทคนิคที่ใช้ได้ทั้งการบรรเทาการปวดโดยไม่ใช้ยาและใช้ยา ซึ่งการหายใจจะเริ่มต้นด้วยการหายใจแบบ Cleansing breath เป็นการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วค่อยๆ ผ่านลมหายใจออกเป็นการหายใจที่เริ่มต้นและจบขบวนการหายใจในระยะที่หนึ่งของการคลอด วิธีการหายใจมี ดังนี้ 1) การหายใจ แบบช้า (Slow deep chest breathing) ในระยะปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 ซม. โดยหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ นับ 1-4 แล้วหายใจออกทางปากช้า ๆ นับ 1-5 2) การหายใจ แบบเร็ว ตื้น และเบา (Shallow accelerant decelerated breathing) ในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ขณะมดลูกเริ่มหดตัว ให้หายใจแบบช้าก่อน เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่จึงเปลี่ยนเป็นการหายใจแบบเร็ว ตื้น และเบาจนมดลูกคลายตัวจึงกลับไปเป็นแบบช้า 3) การหายใจ แบบเร็ว ตื้น เบา และเป่าออก (Shallow breath-

ing with forced blowing out) ในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. โดยการหายใจเข้าออกทางปากขึ้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ 4 ครั้ง ติดต่อกันแล้วเป่าลมออกปาก 1 ครั้ง การใช้เทคนิคการหายใจเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจอย่างหนึ่งโดยการให้ผู้คลอดมีสมาธิในการควบคุมการหายใจซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความปวดลดลง⁽²⁸⁾ มีงานวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วด้วยวิธีการควบคุมการหายใจกับวิธีการอยู่ในท่าที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่ไม่มีความเครียดก่อน ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวมหลังให้การพยาบาลด้วยวิธีการควบคุมการหายใจและวิธีการอยู่ในท่าที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนให้การพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁴⁾

นอกจากนี้ในระยะคลอดการสนับสนุนจากการได้รับการดูแลจากบุคคลด้วยจะช่วยให้มารดาลดความปวดในระยะคลอดได้ อาจโดยการช่วยเหลือลดปวดโดยการนวดเพื่อลดปวดแล้ว ยังช่วยทางด้านจิตใจของมารดาในการลดปวดได้ การได้รับการสนับสนุน (Social support) ในระยะคลอด เช่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีรายงานการวิจัยพบว่ามารดาที่มีญาติผู้หนึ่งมาเฝ้าจะได้รับยาลดปวดในระยะคลอด ร้อยละ 53 น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีญาติเฝ้า ร้อยละ 73 รวมถึงการใช้ยาเร่งคลอดน้อยกว่าและคลอดปกติมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีญาติอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁵⁾ สอดคล้องกับอีกการศึกษาพบว่ามารดาในระยะคลอดที่ได้รับการดูแลจากมารดาของตนเองซึ่งเป็นครูสอนการเตรียมตัวในระยะคลอด ได้รับยาลดปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีญาติ⁽⁴⁶⁾ จากงานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของหญิงระยะคลอดในการเผชิญกับความปวดได้ดี หรือมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีญาติเฝ้าตนเอง ความปวดลดลงอาจเนื่องจากการมีความพร้อมด้านจิตใจ ไม่กลัวหรืออาจได้รับการช่วยเหลือลดปวดจากญาติโดยตรง เช่น การชวนพูดคุยเบี่ยงเบน และการนวด ซึ่งอาจช่วยทางด้านจิตใจของมารดาในการลดปวดได้

บทสรุป

ความปวดที่รุนแรงในระยะที่หนึ่งของการคลอด อาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้

การจัดการความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดจึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกในครรภ์ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาหลายวิธีที่ได้ผ่านการศึกษารวบรวมแล้วพบว่าสามารถลดความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดได้ คือ

1. การผ่อนคลาย
2. การกระตุ้นสัมผัสทางผิวหนัง
3. การกระตุ้นด้านจิตใจ
4. การหายใจ การใช้ วิธีลดปวดหลายวิธีร่วมกันอาจช่วยลดปวดได้มากกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งขึ้นอยู่กับตัวของมารดาเอง ประสบการณ์การรับรู้ และความทนต่อความเจ็บปวดที่ไม่เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะ

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนเป็นทางเลือกให้มารดามีส่วนร่วมในการจัดการความปวดให้เหมาะสมกับตนเอง ที่ต้องสอดคล้องกับแนวทางรักษาของสูติแพทย์อย่างปลอดภัย พยายามจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบแนวทางการพยาบาลบรรเทาอาการปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดเป็นอย่างดีเพื่อจัดการกับอาการปวดได้เหมาะสมกับมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สุกัญญา ปรีสังญกุล, นันทพร แสนศิริพันธ์. การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง จำกัด; 2553.
2. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2553.
3. วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์, ลิตานันท์ ศรีใจวงศ์. การพยาบาลระยะคลอด. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2556.
4. ชีระ ทองสง. สูติศาสตร์ เรียบเรียงครั้งที่ 5. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ลักขมีรุ้ง จำกัด; 2555.
5. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P. Maternal expectations and experiences of labour pain-options of 1091 Finnish parturients. Acta Obstet Gynecol Scand 2015;39:60-6.
6. Hundley VH, Ryan M, Graham W. Assessing women's preferences for intrapartum care. Birth 2010;28:254-63.

7. Hughes, J. Pain management: From basics to clinical practice USA: Elsevier; 2008.
8. Murray, S. S., James, S. R., & Nelson, K. Maternal-Child Nursing. 4th ed. USA: Elsevier; 2012.
9. Burns E, Blamey C, Ersser SJ. The use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice an observational study. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2010;6:33-4.
10. Burns EE, Blamey C, Ersser SJ, Barnetson L, Lloyd AJ. An investigation into the use of aromatherapy in intra partum midwifery practice. *J Altern Complement Med* 2010;6: 141-7.
11. นันทิตา วัตย์ม, เอมพร รตินธรม, วรณมา พาหุพัฒนกร, เอกชัย โคววิสารัช. ผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2557;29:95-107.
12. Gaston ET. Dynamic music factors in mood change. *Music Educ J* 2011;37:42-3.
13. Seaward BL. Principles and strategies for health and wellbeing. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlet, 2012.
14. Kimura D. Shorter articles and notes: Left-right differences in the perception of melodies. *Q J Exp Psychol* 2014;16:355-8.
15. Wallace H. Neural processing of backwards-speech sounds. *Science* 2012;161:395-6.
16. Kimura D. Functional asymmetry of the brain in dichotic listening. *Cortex* 2013;3:163-78.
17. Diamond SJ, Beaumont JG. Hemisphere function in the human brain. New York: Wiley; 2014.
18. Fujinawa A, Kawai I, Ohashi H, Kimura S. A case of musicogenic epilepsy. *Folia Psychiatr Neurol Jpn* 2008;31:465-72.
19. Anari M, Axelsson A, Eliasson A, Magnusson L. Hypersensitivity to sound: Questionnaire data, audiometry and classification. *Scand Audiol* 2009;28:219-30.
20. Simkin P. Stress, pain, and catecholamines in labor. Part 2: Stress associated with childbirth events: A pilot survey of new mothers. *Birth* 2014;13:234-40.
21. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: Effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage* 2011;6:479-80.
22. Mendez-Bauer C, Arroyo J, Ramos CG, Lavilla M, Izquierdo F, Elizaga V. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 2015;3: 89-100.
23. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, Van der Westhuisen S, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labor. *Br J Obstet Gynaecol* 2008;104:567-71.
24. Waldenström U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for secondstage labor. *Birth* 2011;18: 5-10.
25. Molina FJ, Sol PA, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: Relationship with the patient's position. *J Pain Symptom Manage* 2008;13:98-103.
26. Roberts J, Malasanos L, Mendez-Bauer C. Maternal positions in labor: Analysis in relation to comfort and efficiency. *Birth Defects* 2011; 17:97-128.
27. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ปราณิสรา กิตติปัญญา. ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2557;36:23-30.
28. ดาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, วิชุดา ไชยศิลา มงคล. 2554. ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2554;34:31-9.

29. Simkin P. Non-pharmacological methods of pain relief during labor. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M. eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 2011; 893-912.
30. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational, and central control determinants of pain. In: Kenshalo D. ed. *The skin senses*. Springfield: Charles C Thomas, 2015;423-43.
31. Gentz BA. Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clin Obstet Gynecol* 2011;44:704-32.
32. ศศิธร พุ่มดวง. การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลา: เค ก๊อปปี้*; 2553.
33. สีนินาฏ หงส์ระนัย และ อรุณ พึ่งแพง. การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่งของการคลอด: การใช้ผลงนวิจัย. *ม.ป.ท*; 2554.
34. Sattamai, C. Serene mind project on perinatal outcome in primiparous. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2011;26:32-47.
35. Edlich RF, Michael A, Tower MS, Robert J, Goitz BS, Robert P. Bioengineering principles of hydrotherapy. *J Burn Care Rehabil* 2008;8:580-4.
36. Brown C. Therapeutic effects of bathing during labor. *J Nurse Midwifery* 2012;27:13-6.
37. Milner I Water baths for pain relief in labor. *Nurs Time* 2008;84:39-40.
38. Daniels K. Water birth: The newest form of safe, gentle, joy of birth. *J Nurse Midwifery* 2009;34: 198-205.
39. Yerby M. Managing pain in labor: Part 2 non-pharmacological pain relief. *Mod Midwife* 2016;6:16-8.
40. Bobak IM, Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby, 2015.
41. Aderhold KJ, Perry L. Jet hydrotherapy for labor and postpartum pain relief. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2011;16:97-9.
42. Eriksson M, Mattsson L, Ladfors L. Early or late bath during the first stage of labour: A randomised study of 200 women. *Midwifery* 2017; 13:146-8.
43. Benfield, R. D., & Hortoba?gyi, T. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biological research for nursing* 2010;12: 28-36.
44. ทิพวรรณ ลี้มประไพพงษ์, นริชญา หาดแก้ว, จันทรมาศ เสาวรส. การเปรียบเทียบประสิทธิผลการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วด้วยวิธีการควบคุมการหายใจกับวิธีการอยู่ในท่าที่เหมาะสม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 2557;25:14-25.
45. Madi BC, Sandall J, Bennett R, Macleod C. Effects of female relative support in labor: A randomized controlled trial. *Birth* 2009;26:4-10.
46. Cogan R, Spinnato J. Social support during premature labor: Effect on labor and the newborn. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;8: 209-16.