

# การจัดการความปวดในระยะคลอดบนพื้นฐานทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท Pain Management in Labor Based on the Neuromatrix Theory

แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ พย.ม.\* Praewpun Sangtongrungcharoen, M.N.S.\*  
ศรีสุดา งามขำ พย.ด.\* Srisuda Ngamkham, Ph.D.\*

Corresponding Authors : E-mail: srisuda.n@bcnsprnw.ac.th

Received: 16 June 2019, Revised: 13 Aug 2019, Accepted: 11 Sep 2019

## บทคัดย่อ

ความปวดในระยะคลอดเป็นความรู้สึกกดดันและทุกข์ทรมานอย่างยิ่งสำหรับผู้คลอด ผู้คลอดมีความรู้สึกไม่สุขสบาย ตึงเครียด วิตกกังวล เหนื่อยล้าอ่อนเพลียทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดจะมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ปากมดลูกเปิดขยาย ประกอบกับแรงบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกช่วยผลักดันให้ทารกและรกคลอดออกจากโพรงมดลูก ทำให้เกิดความปวด ความปวดจากการคลอดจึงเป็นสาเหตุของความเครียดและวิตกกังวลในผู้คลอด นอกจากนี้ความกลัวเกี่ยวกับการคลอดยังมีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด การจัดการความปวดเป็นการปฏิบัติเพื่อลดอาการของความกลัว ความตึงเครียด และความปวด การจัดการความปวดนั้นประกอบด้วย การประเมินความปวด การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาและการใช้ยา ซึ่งการใช้เทคนิคหรือวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้แก่ การสัมผัสและการนวด สุนัขบำบัด ดนตรีบำบัด การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่า โดยอธิบายบนพื้นฐานของทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท การจัดการความปวดให้แก่ผู้คลอดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในห้องคลอด บทควมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายถึงความหมายของความปวด กลไกของความปวดในระยะคลอด และการบรรเทาความปวดในระยะคลอดบนพื้นฐานของทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท รวมทั้งบทบาทของพยาบาลและบทบาทของผู้คลอด ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจการจัดการความปวดในระยะคลอดและสามารถนำความรู้ไปส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญความปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** การจัดการความปวด ระยะคลอด ทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท

\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ E-mail: praewpun@bcnsprnw.ac.th

\* Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan

## Abstract

Labor pain is the feeling of pressuring and suffering for laboring women. They may feel uncomfortable, stressful, anxious, fatigued and exhausted both physically and mentally. When entering the delivery period, they will have consistent uterine contraction resulted in the cervical dilatation, the baby and placenta coming out leading to labor pain. Thus, labor pain caused anxiety and stress of laboring women. In addition, fear is related to the progress of labor. Pain management is the activities to reduce these feelings. Pain management composes of pain assessment and treatment both pharmacology and non-pharmacology. Non-pharmacology treatment includes massage, aromatherapy, music therapy, movement and changing position, that was explained by the neuromatrix theory. Pain management is an independent role of nurses in labor room. The objective of the paper is to describe the pain definition, labor pain mechanism, labor pain management based on the neuromatrix theory, nurses' role and pregnancy woman's role. Nurses in the labor room should know about pain management in the delivery room to help and support the laboring women to cope with labor pain appropriately.

**Keywords:** Pain management, Labor, Neuromatrix theory

## บทนำ

ความปวดในระยะคลอดเป็นความรู้สึกกดดัน และทุกข์ทรมานอย่างยิ่งสำหรับผู้คลอด ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย อึดอัด ตึงเครียด วิตกกังวล เหนื่อยล้าอ่อนเพลียทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดจะมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ เป็นผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูก แรงแปรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในการผลักดันให้ทารกและรกคลอดออกจากโพรงมดลูกทำให้เกิดความปวด ความปวดในระยะคลอด ถือเป็นปัญหาทางการพยาบาลที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อการจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดในขณะคลอด บทบาทหน้าที่นี้เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด การปล่อยให้ผู้คลอดทรมานจากความปวดเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความกลัว ซึ่งความกลัวก่อให้เกิด

ความเครียด ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดการต่อต้านการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่งผลให้เกิดความปวด ความปวดในระยะคลอดเป็นความปวดชนิดรุนแรง ทำให้ผู้คลอดวิตกกังวลและมีภาวะเครียด จึงเป็นวงจรของอาการกลัว-เครียด-ปวด (Fear-Tension-Pain syndrome)<sup>1</sup>

การบรรเทาความปวดเป็นกระบวนการเพื่อลดความกลัว ความเครียดและความปวด องค์ประกอบของการบรรเทาความปวดนั้นประกอบด้วย การประเมินความปวด การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา และการใช้ยา ซึ่งการใช้เทคนิคบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทหลักของพยาบาลในห้องคลอด และเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยอิสระในการให้การพยาบาล รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้คลอดเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมกับสถานะของตนเอง เช่น การสัมผัสและ

การนวด สูดนอบำบัด การใช้ดนตรีบำบัด การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่า การใช้เทคนิคการหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ การประคับประคองด้านจิตใจ เป็นต้น รวมทั้งส่งเสริมความมั่นใจของผู้คลอดให้สามารถควบคุมอาการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดได้ ซึ่งช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย นำไปสู่การมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและเกิดความพึงพอใจในการคลอด

ความปวดและการจัดการความปวดในระยะคลอดสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความปวด 2 ทฤษฎีคือทฤษฎีควบคุมประตู<sup>2</sup> และทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท<sup>3</sup> ความปวดในระยะคลอดมีสาเหตุมาจากการหดตัวของมดลูกและการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยบริเวณปากมดลูก ทำให้ระบบประสาทส่วนปลายรับสัญญาณความปวด ซึ่งนำโดยเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (A delta และ C fibers) ส่งไปไขสันหลังผ่านประตูควบคุม [Substantia gelatinosa (SG) cell] ไปยังสมอง สมองรับรู้สัญญาณความปวด เป็นผลให้ผู้คลอดรู้สึกปวด ซึ่งในการจัดการความปวดนั้นสามารถกระตุ้นระบบประสาทผ่านเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A alpha และ A beta) ที่จะปิดประตูยับยั้งไม่ให้สัญญาณความปวดผ่านไปถึงสมอง<sup>2</sup> การทำงานของสมองนั้นจะมีการเชื่อมโยงของระบบประสาท<sup>3</sup> ในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งในส่วนของร่างกายจิตใจ และอารมณ์ซึ่งส่งผลต่อกันและกัน เมื่อผู้คลอดมีร่างกายที่ผ่านการเตรียมคลอด สภาพจิตใจและอารมณ์ดี จะทำให้การรับรู้ของผู้คลอดต่อความปวดลดลง พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้คลอดตลอดเวลา จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยบรรเทาความปวดแก่ผู้คลอด ดังนั้นการเข้าใจการจัดการความปวดบนพื้นฐานของทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพการจัดการความปวดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำความรู้ไปส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายถึงความหมายของการปวด กลไกของความปวดในระยะคลอด การประเมินและการจัดการความปวดบนพื้น

ฐานของทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาทในระยะคลอด บทบาทของพยาบาลและบทบาทของผู้คลอดเอง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับผู้คลอดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งผู้คลอดเองก็มีบทบาทที่สามารถเผชิญและจัดการความปวดได้ด้วยตนเองได้อย่างมั่นใจ

### ความหมายของความปวดในระยะคลอด

ความปวดจากการคลอด (Labor pain) เป็นกระบวนการธรรมชาติทางสรีระของร่างกายในการให้กำเนิดทารก ที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก เพื่อผลักดันให้ทารกคลอดออกมา ผู้คลอดต้องเผชิญกับความปวดอย่างรุนแรงที่สุดครั้งหนึ่งในชีวิต เมื่อทารกคลอดออกมาแล้วความปวดก็จะลดลงทันที ดังนั้นความปวดจากการคลอดจึงเป็นความปวดที่ผู้คลอดต้องเข้าใจ ยอมรับและอดทนต่อกระบวนการธรรมชาติของร่างกายในการให้กำเนิดทารก โดยส่วนใหญ่ความปวดของผู้คลอดในระยะคลอดมี 3 บริเวณคือบริเวณไขสันหลัง อุ้งเชิงกราน และอวัยวะสืบพันธุ์ ความไม่สุขสบายของบริเวณท้องและเชิงกรานอาจเกิดได้ตามปกติของการตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้คลอดมีความปวดที่เชิงกรานและปวดหลังส่วนล่าง<sup>4</sup> ในระหว่างคลอดผู้คลอดจะรู้สึกปวดด้วยสาเหตุ 2 สาเหตุคือ 1) เพราะมีการหดตัวของมดลูก โดยตัวทารกกดลงไปบริเวณของปากมดลูก กระเพาะปัสสาวะและลำไส้ 2) เพราะมีการยืดขยายของช่องคลอด ฉะนั้นเมื่อพิจารณาความปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ<sup>5</sup> คือ ระยะการยืดขยาย ระยะการเคลื่อนตัวต่ำลงของทารก และระยะหลังคลอด

ระยะการยืดขยาย (Dilatation phase) โดยปกติความปวดในระยะนี้ เป็นผลมาจากการยืดขยายของปากมดลูกและบริเวณส่วนล่างของมดลูก การตั้งรังและการกดของปากมดลูกและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การกดและการขยายออกของกระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะและทวารหนัก นอกจากนี้ความปวดต่าง ๆ

ในอุ้งเชิงกรานมีสาเหตุมาจาก Lumbosacral plexus ถูกกด รวมทั้งรีเฟล็กซ์ของอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การขาดเลือดของมดลูก การอักเสบของกล้ามเนื้อมดลูก และสภาวะจิตใจของผู้คลอด โดยทั่วไปการเพิ่มระดับความปวดเป็นผลมาจากการขยายของมดลูก ซึ่งมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้าที่เป็นแรงกล (Mechanoreceptors) เช่นแรงดันและการเคลื่อนไหว และสิ่งเร้าที่เป็นสารเคมี (Chemoreceptors) เช่น สารแบริคตินโคคินิน ซีโรโตนิน และอื่น ๆ เป็นต้น โดยมีเส้นทางสัญญาณความปวดจากบริเวณมดลูก กล้ามเนื้อเชิงกราน และฝีเย็บ ส่งสัญญาณประสาทผ่านกระดูกสันหลังบริเวณอกที่ 10 (Thoracic, T10) และกระดูกสันหลังบริเวณเอวที่ 1 (Lumbar, L1) ไปยังด้านหลังของ nerve root ganglia การปวดในระยะคลอดจัดเป็นความปวดจากอวัยวะภายใน (Visceral pain) ที่ส่งต่อความปวดไปยังผนังหน้าท้อง บริเวณก้นกบ กระดูกเชิงกราน บริเวณกล้ามเนื้อสะโพกหลัง และหน้าขาทั้งสองข้าง

ระยะการเคลื่อนตัวต่ำลงของทารก (Descent phase) ความปวดในระยะนี้เป็นความปวดตามร่างกาย (Somatic pain) ที่โดดเด่นเป็นผลมาจากการขยายตัวและดึงรั้งของโครงสร้างอุ้งเชิงกรานและการขยายตัวของบริเวณอวัยวะเพศ โดยเส้นทางสัญญาณความปวดจะส่งสัญญาณประสาทผ่านกระดูกเชิงกรานที่ 2, 3 ถึง 4 (Sacrum, S2, S3, S4) ระดับความรุนแรงของความปวดขึ้นอยู่กับ การขยายของปากมดลูก ความถี่ ระยะเวลา และระดับรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ซึ่งประสบการณ์ความปวดของผู้คลอดในขณะที่คลอดนั้น จะไม่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวของทารก แต่อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์การคลอดจากครรภ์ที่แล้ว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความปวด ผลงานวิจัยพบว่า ร้อยละ 21 ของผู้คลอดที่มีประสบการณ์การคลอดหลายครั้งพบว่า ระดับความปวดในระยะที่สองเท่ากับ 9-10 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 10 ของผู้คลอดครรภ์แรก<sup>6</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นผู้คลอดที่ผ่านการคลอดหลายครั้ง จะมีความรู้สึกปวดมากกว่าครรภ์แรก

ระยะหลังคลอด (Postpartum phase) ความปวดจะเกิดได้ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ทั้งความปวดชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด เช่นการเร่งคลอด การคลอดที่มีระยะเวลานาน การใส่ยาในระหว่างการคลอด เป็นต้น สิ่งต่างๆเหล่านี้สามารถประมาณการความปวดหลังคลอดได้ มีการรายงานว่าในขณะที่ให้นมบุตร ร้อยละ 96 ของผู้คลอดมีความปวดเล็กน้อย ใน 3 ตำแหน่งได้แก่ท้องส่วนล่าง หลังส่วนล่าง และเต้านม ส่วนการผ่าตัดคลอด (Cesarean section) และการผ่าตัดต่าง ๆ ก็เป็นสาเหตุของความปวดชนิดเฉียบพลัน เนื่องจากมีการทำลายของเนื้อเยื่อหลากหลายชนิด<sup>7</sup>

### กลไกของความปวดในระยะคลอด

ความปวดในระยะคลอดสามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีต่างๆได้หลายทฤษฎี แต่ในบทความนี้อธิบายความปวดในระยะคลอดบนพื้นฐานของทฤษฎีควบคุมประตู (The gate control theory)<sup>2</sup> และทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท (Neuromatrix theory)<sup>3</sup> ดังมีรายละเอียดดังนี้

กลไกความปวดบนพื้นฐานของทฤษฎีควบคุมประตูเกี่ยวข้องกับสัญญาณประสาทประกอบด้วย 4 ขั้นตอน<sup>5</sup> ดังนี้ การนำ (Transduction) การส่ง (Transmission) การรับรู้ (Perception) และการบรรเทาความปวด (Modulation) โดยปกติเส้นใยประสาทขนาดเล็ก ชนิดซีไฟเบอร์ และ เอเดลต้าไฟเบอร์ (C and A-delta fibers) ของระบบประสาทส่วนปลายในร่างกายและช่องท้อง ได้รับการตอบสนองต่อการกระตุ้นที่สร้างความปวด (Noxious stimulation) ซึ่งได้แก่การกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่เป็นแบบแรงกล (Mechanical stimulation) ความร้อนหรือเย็น (Thermal stimulation) หรือสารเคมี (Chemical stimulation) เมื่อร่างกายของผู้คลอดได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่สร้างความปวด บริเวณที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดฝอยจะมีการหลั่งสารเคมีต่าง ๆ เช่น แบริคตินโคคินิน (Bradykinin) ซีโรโตนิน (Serotonin) ซับสแตนที (Substance P)

โพแทสเซียม (Potassium) เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) ฮีตามีน (Histamine) และสารอื่นๆ สารต่างๆเหล่านี้จะเป็นตัวนำสัญญาณประสาทและส่งต่อสัญญาณประสาทไปยังคอร์ซอลฮอร์น (Dorsal horn) ที่ไขสันหลังซึ่งมีประตูปรับสัญญาณความปวด (SG cell) อยู่ เมื่อสัญญาณความปวดถูกส่งไปที่ระดับไขสันหลังจากเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (A delta และ C fibers) จะเป็นการกระตุ้นให้ประตูปรับสัญญาณความปวดจะสามารถผ่านขึ้นไปถึงสมองได้ เมื่อสมองได้รับสัญญาณความปวด ผู้คลอดก็จะรู้สึกปวด ในทางตรงข้ามถ้าเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A alpha and beta fibers) ได้รับการกระตุ้นจะเป็นการปิดประตูปรับสัญญาณความปวดไม่ให้ผ่านขึ้นไปถึงสมองได้ ผู้คลอดก็จะไม่รู้สึกปวด เมื่อพิจารณาการบรรเทาความปวดในผู้คลอด ซึ่งเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin) ที่จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นและเพิ่มสูงสุดในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งส่งผลต่อการหดตัวของมดลูก

ต่อมา เมลแซกซ์ (1999)<sup>3</sup> ได้พัฒนาทฤษฎีต่อจากทฤษฎีควบคุมประตูปรับสัญญาณ เรียกว่า ทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท (Neuromatrix theory) อธิบายว่าการเชื่อมโยงของระบบประสาทเป็นเครือข่ายซึ่งแผ่กระจายในสมองและมีการเกิดปฏิกิริยาเชื่อมโยงต่อกัน เป็นวงจรและกระบวนการสังเคราะห์ของสัญญาณประสาทที่เกิดขึ้นในลักษณะเฉพาะจากการผสมผสานของยีนและความรู้สึกของร่างกายที่เรียกว่า รูปแบบเฉพาะทางระบบประสาท (Neurosignature) โดยการรับสัญญาณความปวดจะมากขึ้นหรือน้อยลง ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และสภาวะจิตใจของแต่ละบุคคล ซึ่งเกิดจากกระบวนการทำงานของสมองที่เชื่อมโยงกัน ทฤษฎีนี้แตกต่างจากทฤษฎีควบคุมประตูปรับสัญญาณคือทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาทเน้นการรวบรวมของสิ่งต่างที่มีอิทธิพลต่อความปวด เช่น ประสบการณ์ วัฒนธรรม อารมณ์ สติปัญญา ความเครียด ระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบร่างกาย<sup>3</sup> เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลเหล่านี้จะเป็นผลของการประมวลผลมาจากเครือข่ายเชื่อมโยง

ของระบบประสาททั้ง 3 องค์ประกอบได้แก่ ด้านร่างกายที่แยกแยะความแตกต่าง (Sensory-discrimination) ด้านจิตใจและอารมณ์ที่ได้รับแรงจูงใจ (Affective-motivation) และด้านสติปัญญาในการประเมินผลโดยภาพรวม (Evaluative-cognitive) โดยผู้คลอดจะใช้อองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ประเมินผลความปวดตามการรับรู้ของตนเอง

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวดในระยะคลอด

**ประสบการณ์ในอดีต** ประสบการณ์ของผู้คลอดเกี่ยวกับการมีความปวดในอดีต สามารถมีอิทธิพลต่อผู้คลอดทั้งในเชิงบวกและลบ ผู้คลอดที่มีประสบการณ์ด้านความปวดเล็กน้อยจากการคลอดครั้งก่อน และ/หรือประสบการณ์ความสามารถในการเผชิญและควบคุมกับความปวดได้อย่างดี ประสบการณ์เหล่านี้จะส่งผลในเชิงบวกต่อการคลอดครั้งปัจจุบัน ในทางตรงข้ามผู้คลอดที่มีประสบการณ์ความปวดมากจากการคลอดครั้งก่อนและ/หรือมีประสบการณ์ที่ไม่สามารถเผชิญและควบคุมกับความปวดได้ จะส่งผลเชิงลบต่อการคลอดครั้งปัจจุบันได้เช่นกัน ดังนั้นประสบการณ์ในอดีตส่งผลให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลและปวดมากในการคลอดในครั้งปัจจุบัน จากหลักฐานเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การตระหนักถึงความปวดในอดีตของการคลอด การปวดมากไม่ใช่ องค์ประกอบของอารมณ์เชิงลบ ในการประเมินความปวดของผู้คลอดพบว่า มีความแตกต่างกันมากในการรายงานความปวดของผู้คลอดตั้งแต่ปวดมากที่สุด จนถึงไม่ปวดเลย<sup>9</sup>

**วัฒนธรรม** วัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อการรายงานความปวดของผู้คลอดคือการแสดงออกต่อความปวด ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันการแสดงออกต่อความปวดก็จะแตกต่างกัน รวมทั้งความคาดหวังทางวัฒนธรรมของการคลอดและการรับรู้ความปวด วัฒนธรรมที่ยอมรับได้ในการแสดงออกของการคลอดคือการเคลื่อนไหวและการส่งเสียง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้คลอดต้องเข้าใจวัฒนธรรมการ

สื่อสารแบบไม่ใช้คำพูด รวมถึงความชอบวิธีการจัดการความปวดที่แตกต่างกันตามความต่างของวัฒนธรรมในการดูแลผู้คลอด

### การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะคลอด

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะคลอด สามารถอธิบายได้บนพื้นฐานทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาทได้ดังนี้

การนวด/ การสัมผัส (Massage/ Touch) การนวดหรือการสัมผัสเป็นการกระตุ้นใยประสาท เอเบต้า (A beta fibers) ซึ่งส่งสัญญาณประสาทได้เร็วกว่าใยประสาทซี (C fibers) ดังนั้นสัญญาณประสาทจากเอเบต้าจะไปยับยั้งสัญญาณความปวดที่ไขสันหลังทำให้ประตูควบคุมปิด สัญญาณความปวดจึงไม่สามารถถูกส่งขึ้นไปยังสมองได้ ทำให้สมองไม่รับรู้สัญญาณความปวด ประกอบกับการนวดและการสัมผัส ก่อให้เกิดความสุขสบายกายและอารมณ์พึงพอใจ ส่งผลต่อระบบประสาท เข้าสู่กระบวนการความคิดในสมองของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดควบคุมความปวดได้ดีขึ้น ดังนั้นการนวดสามารถลดความปวดได้

สุนทรบำบัด (Aromatherapy) ความรู้สึกของการรับกลิ่นค่อนข้างจะเด่นชัดเช่น กลิ่นกระเทียมที่มีกลิ่นแรงสามารถกระตุ้นได้ดีในความจำ การส่งสัญญาณประสาทของเส้นประสาทออลแฟกทอรี (Olfactory nerve) ซึ่งอยู่ในตำแหน่งของสมองส่วนหน้า มีการส่งสัญญาณประสาทพุ่งตรงไปที่พีริพีริฟอร์ม คอร์เทกซ์ (Prepyriform cortex) อะมิกดาลา (Amygdala) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) อะมิกดาลาเป็นส่วนหนึ่งของระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์กลางการควบคุมของอารมณ์ในสมอง ผลการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า สุนทรบำบัดสามารถลดความปวดในระยะคลอดได้ในระยะที่ 3 ของการคลอด<sup>10</sup>

การฟังดนตรี/ การจินตนาการ (Music therapy/ Imagery) สารสื่อประสาทต่าง ๆ โอปิออยด์เปปไทด์ ได้แก่เอนโดรฟิน (Endorphins) ซีโรโทนิน (Serotonin) และ นอร์อีพิเนฟริน

(Norepinehrine) ซึ่งผลิตจากไฮโปทาลามัสและแกนกลางของสมอง ทำหน้าที่ยับยั้งความปวด สารโอปิออยด์ที่ผลิตได้ภายในร่างกาย (Endogeneous opioids) จะจับกับตัวรับโอปิออยด์ที่ไขสันหลัง ดังนั้นการส่งสัญญาณความปวดไปที่สมองลดลง การรับรู้ความปวดก็ลดลง มีผลงานวิจัยพบว่า ในขณะคลอดผู้คลอดที่ได้รับการฟังเสียงดนตรีรายงานความปวดและมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้ฟังดนตรี<sup>11</sup>

การมีสุขภาพดี/การออกกำลังกาย (Good physical condition/ Exercise) ผู้หญิงที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีการหลั่งสารเอนโดรฟินในระหว่างการออกกำลังกายเฉียบพลัน รวมทั้งผู้หญิงที่มีสุขภาพดีมีความทนทานต่อการคลอดได้ดีกว่าผู้หญิงที่มีสุขภาพไม่ดี ผลการวิจัยพบว่าการทำ การออกกำลังกายในขณะคลอดช่วยลดระดับความปวด เพราะมีการหลั่งของเบต้าเอนโดรฟิน<sup>12</sup>

การฝังเข็มและการนวดกดจุด (Acupuncture/ Acupressure) สามารถลดความปวดในการคลอด<sup>13</sup> การแพทย์โบราณของจีนตระหนักว่าการฝังเข็มเป็นวิธีการที่ถูกต้องในการสมดุลของ “ชี (qi)” หรือพลังสำคัญของชีวิต มีสมมุติฐานว่าประสิทธิภาพของการฝังเข็มคือการสื่อให้โอปิออยด์ที่ผลิตได้ในร่างกาย เพราะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การฝังเข็มสามารถยับยั้งยาต้านโอปิออยด์ เช่น นาร์ออกโซน (Naloxone) ได้<sup>13</sup>

### บทบาทพยาบาลในการประเมินความปวดของผู้คลอดในระยะคลอด

พยาบาลสามารถประเมินความปวดได้หลายวิธี ดังนี้<sup>14</sup>

1. การประเมินความปวดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยา (Physiological responses) โดยประเมินจากสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น มีเหงื่อออกบริเวณฝ่ามือ การประเมินโดยวิธีนี้มีความน่าเชื่อถือสูง<sup>14</sup> อย่างไรก็ตามหากความปวดเกิดขึ้นค่อนข้างนาน ร่างกายจะปรับตัวให้คืนสู่สภาพปกติได้แม้จะยังมีความปวดอยู่

2. การประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยการสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกทางสีหน้า การเคลื่อนไหวทางลำตัว แขนขา การส่งเสียง ร้องไห้ เกร็งตัว ตัวสั่น แต่การประเมินการตอบสนองชนิดนี้ บางครั้งพฤติกรรมที่พยาบาลสังเกตได้กับการบอกเล่าถึงความปวดของผู้คลอดในระยะคลอดอาจไม่สัมพันธ์กันจึงจำเป็นต้องประเมินโดยวิธีอื่นร่วมด้วย

3. การประเมินความปวดจากการรับรู้ของผู้ป่วย (Self-report) โดยการซักถามและให้ผู้คลอดบอกเล่าความปวดของตนเอง การประเมินชนิดนี้สามารถประเมินตำแหน่งที่ปวดความรุนแรงลักษณะของความปวดและระยะเวลาที่ปวดได้ เพราะผู้คลอดเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด มีหลายแบบ ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้วิธีประเมินดังนี้<sup>15</sup>

1. มาตรฐานวัดความปวดโดยใช้ตัวเลข 1 ถึง 10 (Number rating scale) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวดเริ่มจาก 0 คือ ไม่ปวด ไปจนถึง 10 คือความปวดมากที่สุด

2. มาตรฐานวัดความปวดที่ใช้ภาพ การแสดงออกบนใบหน้าบอกความรู้สึกปวด (Face pain rating scale) มีทั้งหมด 6 ภาพ เริ่มจากไม่ปวดแทนด้วยสีหน้ายิ้มแย้มไปจนถึงปวดมากที่สุด แทนด้วยภาพสีหน้าร้องไห้ น้ำตาไหล

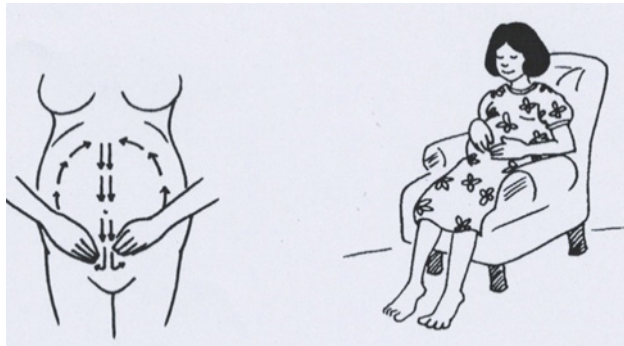
3. มาตรฐานวัดความเจ็บปวดเปรียบเทียบกับสายตา (Visual analogue scale) เป็นมาตรฐานวัดความปวดโดยใช้เส้นตรง ที่มีตัวเลขกำกับอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวดเริ่มจาก 0

คือ ไม่ปวด ไปจนถึง 10 คือความปวดมากที่สุด

### บทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอด

หลังจากที่ประเมินความปวดแล้ว พยาบาลจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้คลอดบรรเทาอาการปวด ซึ่งการบรรเทาปวดจะมีอยู่ 2 หลักการ คือ บรรเทาปวดจากการใช้ยา และบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา ซึ่งแต่ละวิธีขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล แต่ในบทความนี้จะกล่าวถึงการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในห้องคลอด จะมีวิธีต่าง ๆ มากมายดังนี้

1. การนวดและการสัมผัส (Massage/Touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ไปปิดประตูความปวดที่ไขสันหลังได้ และกระตุ้นต่อมได้สมองให้หลั่งเอนดอร์ฟินไปควบคุมความปวด การสัมผัสและการนวดนี้ส่วนใหญ่จะทำบริเวณก้นกบโดยใช้มือกดนวดด้วยแรงระดับปานกลาง อาจทำโดยตัวผู้คลอดเองหรือสามีหรือญาติ มีการศึกษาผลของการนวดต่อความปวดในการคลอดโดยนวดบริเวณก้นกบ หัวไหล่ และหน้าขา สำหรับเทคนิคการนวดประกอบด้วย การลูบเบา การลูบหนัก การคลึง การหยาบยก การบีบอัด และการม้วนผิวหนัง เริ่มนวดตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิดหมด โดยนวดแต่ละชั่วโมง นาน 30 นาที พบว่า การนวดทำให้ความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะที่เปลี่ยนผ่านลดลงได้ อย่างไรก็ตาม ถ้าต้องการการนวดวิธีนี้ ผู้คลอดอาจเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ หรือสามี หรือญาติ ซึ่งจะต้องได้รับการฝึกฝนเทคนิคการนวดก่อน จึงจะทำให้การนวดมีประสิทธิภาพ



ภาพแสดงการลูบหน้าท้อง

ที่มา: จาก การพยาบาลในระยะคลอด: แนวคิด ทฤษฎี สู่การปฏิบัติ.  
โดย นันทพร แสนศิริพันธ์ และ สุกัญญา ปริสัณญกุล, 2558.

มีงานวิจัยที่ศึกษาผลการนวดเพื่อบรรเทาความปวดกับความวิตกกังวลในระยะคลอด พบว่ากลุ่มทดลอง 30 คน ที่ได้รับการนวดจากสามี ที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสม และสามารถลดระดับความวิตกกังวลจากการเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดพึงพอใจต่อการนวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดอยู่ในระดับดีมาก<sup>1</sup>

นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยที่ศึกษาผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความปวด และการเผชิญความปวดของผู้คลอดครรภ์แรก ศึกษาจากกลุ่มทดลอง 35 ราย ที่ได้รับการนวดร่วมกับประคบร้อน และการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุม 35 ราย ที่ได้รับการพยาบาลปกติ ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองได้รับการนวดและการประคบร้อนในระยะที่ 1 ของการคลอดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ<sup>16</sup>

ดังนั้นการนวดเพื่อบรรเทาปวดตามระยะการเปิดของปากมดลูกสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสม และสามารถลดระดับความวิตกกังวลจากการเจ็บครรภ์ทำให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในแง่บวกซึ่งมีผลต่อการตั้งครรภ์ที่ดีครั้งต่อไป

2. สุนทรบำบัด (Aromatherapy) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยจากสมุนไพรธรรมชาติที่มีกลิ่นหอมโดยการรับรู้กลิ่นน้ำมันหอมระเหยผ่านเส้นประสาทรับกลิ่นไปยังสมองส่วน Limbic และ Amygdala จะส่งผลต่อการตอบสนองด้านอารมณ์ ทำให้เปลี่ยนแปลงการรับรู้ความปวด น้ำมันหอมระเหยจะกระตุ้นให้มดลูกหดตัว ลดความปวดบรรเทาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดความกลัว และความวิตกกังวล น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ กุหลาบ และมะลิ จะส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายและลดความปวด<sup>17</sup> มีการศึกษาการใช้สุนทรบำบัดในการบรรเทาความปวดโดยใช้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่มีความเข้มข้นร้อยละ 100 จำนวน 5 หยด ในน้ำ 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เต็มทุกชั่วโมงในผู้คลอดที่ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูกเปิดหมด พบว่า การใช้สุนทรบำบัดสามารถบรรเทาความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและเปลี่ยนผ่านได้<sup>18</sup>

3. การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy) ดนตรีมีคุณสมบัติก่อให้เกิดความสงบ ส่งเสริมการผ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ต่อมใต้สมองมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น ดนตรีทำให้ความทนต่อความปวดสูงขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง ดนตรีสามารถใช้เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลายในระยะเริ่มแรกของการเจ็บครรภ์ และกระตุ้น



ให้มีการเคลื่อนไหวเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอด นอกจากนั้นการฟังดนตรียังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากความปวด ดนตรีที่ใช้ในการลดความปวดในการคลอดจะต้องมีความเร็วของจังหวะอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที มีเสียงนุ่มและไพเราะ แต่การใช้ดนตรีมีข้อจำกัดที่ว่าไม่สามารถใช้นานเป็นชั่วโมงต่อครั้ง<sup>18</sup>

4. การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า (Exercise/ Position change) ผู้คลอดควรเลือกอยู่ในท่าที่ทำให้ตัวเองรู้สึกสบายมากที่สุด และควรเปลี่ยนท่าทุก 30 หรือ 60 นาที การเคลื่อนไหวจะลดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ท่าศีรษะสูง ได้แก่ ท่านั่ง นั่งคุกเข่า นั่งยอง ๆ ยืน เดิน ทำให้ทารกเคลื่อนลงสู่ช่องเชิงกรานได้ดี ช่วยให้มีมดลูกหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดได้ รายละเอียดท่าของผู้คลอด<sup>18</sup> ซึ่งมีการวิจัยที่ศึกษาผลการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า กลุ่มทดลอง 15 ราย ได้รับการสอนการใช้เทคนิคการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา 4 วิธี ตามระยะการเปิดของปากมดลูก ได้แก่ 1. ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวและอยู่ในท่าที่เหมาะสม 2. กระตุ้นผิวหนังโดยการลูบหน้าท้อง 3. การควบคุมการหายใจ 4. การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังดนตรี ผลการศึกษาพบว่า ผลการสอนและสนับสนุนการใช้เทคนิคการบรรเทาความปวดในระยะคลอดทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดเป็นไปในทางบวก และการใช้เทคนิคการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา 4 วิธี ตามระยะการเปิดของปากมดลูก ทำให้ระยะที่หนึ่งและสองของการคลอดสั้นลง และทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทางบวกเพิ่มขึ้น<sup>1</sup>

5. การนวดกดจุด (Acupressure) การกดจุดเป็นศาสตร์โบราณของจีนที่ใช้นิ้วหรือมือกดลงบนส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นการผสมผสานของศาสตร์หลายอย่าง มีงานวิจัยเกี่ยวกับการกดจุดโดยในกลุ่ม

ทดลอง จำนวน 150 คนที่ได้รับการกดจุด รายงานคะแนนความปวดลดลงมากที่สุด และพบว่าการกดจุดสามารถลดระยะเวลาของการคลอดได้มากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการนวด<sup>1</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่กำลังมาแล่นั้นในบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดในระยะคลอดนั้น สรุปได้ดังนี้

1. การให้ความรู้และสอนวิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยาในระยะเจ็บครรภ์คลอด ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ เลือกใช้วิธีการบรรเทาปวดให้เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละราย โดยให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการสอนนั้นควรสอนญาติโดยเฉพาะสามี เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้คลอดมีกำลังใจและสามารถปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งจะส่งผลไปถึงความก้าวหน้าการคลอดและผ่านพ้นการคลอดได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ให้ความรู้ในเรื่องวิธีการบรรเทาอาการปวดแล้ว ในระยะตั้งครรภ์พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดลดความกลัว ความวิตกกังวล และสามารถคาดการณ์ว่าจะต้องเผชิญกับความปวดได้อย่างเหมาะสม

2. ดูแลด้านจิตใจ พยาบาลควรสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด คอยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจรวมทั้งสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมดูแลผู้คลอด ช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลายจากความกลัว ความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญต่อความปวดในระยะคลอดได้

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าการคลอดและทารกในครรภ์ เช่น ผลการตรวจทางช่องคลอดแต่ละครั้ง และแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอด

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและให้ผู้คลอดรู้สึกสบาย ช่วยลดอาการอ่อนเพลียตลอดจนดูแลความสะอาดทั่วไปของผู้คลอด เช่น บ้วนปากให้สะอาด จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีอุณหภูมิเหมาะสม เป็นต้น

## บทบาทของผู้คลอดในการจัดการความปวดในระยะคลอด

1. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด รวมทั้งกระบวนการคลอด เพื่อสามารถคาดการณ์ว่าผู้คลอดจะเผชิญกับความปวดอย่างไรบ้าง และสามารถเผชิญความปวดในระยะคลอดได้

2. เข้ารับการอบรมในการเตรียมตัวเพื่อคลอดในแต่ละโรงพยาบาล ในแผนกฝากครรภ์ จะมีการเข้ากลุ่มสอนผู้คลอดในการเตรียมตัวเข้าสู่ระยะคลอด เช่น อากาศเจ็บครรภ์เตือน เจ็บครรภ์จริง การเตรียมของใช้ของผู้คลอด และลูก เพื่อมาคลอด รวมทั้งหลักการการแจ้งเกิดลูก และที่สำคัญคือสอนเรื่องเทคนิคการผ่อนคลายการเจ็บครรภ์คลอด เช่น การลูบหน้าท้อง การฟังดนตรี เป็นต้น ซึ่งการสอนในการเตรียมตัวเพื่อคลอดจะสอนญาติหรือสามีด้วย เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจ สามารถเผชิญสภาวะการปวดในระยะคลอด และสามารถเผชิญภาวะเครียด และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะคลอด

3. ผู้คลอดมีการเตรียมตัวให้ร่างกายแข็งแรงพร้อมคลอด เช่น การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มพลังงาน เสริมความสมบูรณ์ ความแข็งแรง และความคงทนของกล้ามเนื้อ ช่วยให้อารมณ์แจ่มใส เบิกบาน ทำให้สุขภาพจิตดี รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการเตรียมตัวเพื่อคลอด จากผลการวิจัย การออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์ พบว่า การ

ออกกำลังกายของผู้คลอดมีสุขภาพดี ลดอาการไม่สบายในขณะตั้งครรภ์ ทำให้คลอดง่ายขึ้น ส่งผลให้ความปวดระหว่างการคลอดลดลง ได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้ออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์<sup>19</sup>

4. ผู้คลอดควรให้ความร่วมมือในเรื่องการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลในการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่ง ผู้คลอดได้รับความรู้จากการสอนของพยาบาลตั้งแต่มารับบริการฝากครรภ์และเมื่อเข้ามาพักในห้องคลอด

## บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ความปวดในระยะคลอดเป็นความทรมานของผู้คลอด ซึ่งการจัดการความปวดมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา หรืออาจจะใช้ผสมผสานกันได้ โดยเฉพาะการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยามีหลากหลายวิธี แต่ละวิธีอาจใช้แตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้คลอด พยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดความปวดในระยะคลอด และเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่สามารถอธิบายได้บนพื้นฐานของทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับผู้คลอดในแต่ละรายอย่างเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดในระยะคลอด เพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดในระยะการคลอดได้ดี ทำให้เกิดการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สีนินากู หงษ์ระนัย, อรุณี พึ่งแพง. การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่งของ การคลอด: การใช้ผลงานวิจัย. กรุงเทพฯ: แคนเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; 2555.
2. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. *Science*. 1965;150(699):971-979.
3. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain*. Aug 1999;Suppl 6:S121-126.
4. Rost CC, Jacqueline J, Kaiser A, Verhagen AP, Koes BW. Pelvic pain during pregnancy: a descriptive study of signs and symptoms of 870 patients in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)*. Nov 15 2004;29(22):2567-2572.
5. Shnol H, Paul N, Belfer I. Labor Pain Mechanism. *International Anesthesiology Clinics*. 2014;52(3):1 - 17.
6. Ranta P, Jouppila P, Jouppila R. The intensity of labor pain in grand multiparas. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Mar 1996;75(3):250-254.
7. Sng BL, Sia AT, Quek K, Woo D, Lim Y. Incidence and risk factors for chronic pain after caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesth Intensive Care*. Sep 2009;37(5): 748-752.
8. Trout KK. The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *J Midwifery Womens Health*. Nov-Dec 2004;49(6):482-488.
9. Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch RA. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Canadian Medical Association Journal*. Aug 15 1981;125(4):357-363.
10. Chen SF, Wang CH, Chan PT, et al. Labor pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Women Birth*. Oct 18 2018.
11. Chuang CH, Chen PC, Lee CS, Chen CH, Tu YK, Wu SC. Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. Apr 2019;75(4):723-733.
12. Hartmann S, Bung P, Schlebusch H, Hollmann W. [The analgesic effect of exercise during labor]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. Aug 2005;209(4):144-150.
13. Asadi N, Maharlouei N, Khalili A, et al. Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. *J Acupunct Meridian Stud*. Oct 2015;8(5): 249-254.
14. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal child nursing care*. Missouri: Mosby Elsevier; 2010.
15. Ngamkham S, Holden J, Wilkie DJ. Differences in pain location, intensity, and quality by pain pattern in outpatients with cancer. *Cancer Nursing*. 2011;34(3):228-237.

16. ทักษิณี คล้ายขำ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ,นันทนา ธนาโนวรรณ,วรรณภา พาหุวัฒนากร. ผลของการนัดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2013;2:38 - 47.
17. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Maternity woman's health care*. Saint Louis: Mosby Elsevier; 2012.
18. นันทนา แสนศิริพันธ์, สุกัญญา ปรีस्थ्यกุล. การพยาบาลในระยะคลอด: แนวคิด ทฤษฎี สู่การปฏิบัติ. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง; 2558.
19. สุวิสา ปานเกษม. การออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3): 108 - 113.