



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก สำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Pain Management in

Normal Labor

Received: April 23, 2026

Revised: April 26, 2026

Accepted: April 30, 2026

บุญญาพร รักษาวงษ์^{1,*}

Boonyaporn Raksawong^{1,*}

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

¹ Department of Obstetric Nursing, Thabo Crown Prince Hospital, Nong Khai Province

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอด ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ 2) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และ 3) ประเมินผลและเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 10 คน และมารดาคลอดปกติ จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้น แบบประเมินความเจ็บปวด แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดา และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การให้การพยาบาลโดยวิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา และ 2) การให้การพยาบาลโดยวิธีที่เป็นเภสัชวิทยา ซึ่งหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ พบว่ามารดามีระดับความเจ็บปวดลดลงในทุกระยะการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ($p < 0.001$) อัตราการใส่ยาแก้ปวดลดลงจากร้อยละ 38.1 เหลือร้อยละ 16.7 ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้มีประสิทธิผลในการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ห้องคลอดอื่น ๆ สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ได้

คำสำคัญ: การจัดการความเจ็บปวด, แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, มารดาคลอดปกติ

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): บุญญาพร รักษาวงษ์ อีเมล: baby_fetus99@hotmail.com



Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of clinical nursing practice guidelines for pain management in laboring mothers. The study was conducted in three phases: 1) development of the clinical nursing practice guidelines, 2) implementation of the guidelines, and 3) evaluation and dissemination of the guidelines. Participants were selected through purposive sampling and consisted of ten professional nurses working in the labor and delivery unit and forty-two mothers undergoing normal labor. The research instruments included the developed clinical nursing practice guidelines, a pain assessment tool, a maternal satisfaction questionnaire, and a feasibility assessment for guideline implementation. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The findings revealed that the developed clinical nursing practice guidelines comprised two principal components: 1) non-pharmacological nursing interventions, and 2) pharmacological nursing interventions. Following implementation of the guidelines, maternal pain levels decreased significantly across all stages of labor ($p < 0.001$). Overall satisfaction improved from a moderate level to a high level ($p < 0.001$), and the rate of analgesic medication use declined from 38.1% to 16.7%. These results demonstrate that the clinical nursing practice guidelines are effective in managing pain among mothers undergoing normal labor, and that other labor and delivery units may feasibly adopt and apply these guidelines within their own clinical contexts.

Keywords: pain management, clinical nursing practice guidelines, normal labor

บทนำ

การคลอดเป็นภาวะหนึ่งที่คนทั่วไปรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากที่สุด และเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดความกลัว ส่งผลให้ผู้หญิงผ่านการคลอดเกิดประสบการณ์ทางลบได้ ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือเกิดจากจิตใจได้รับความทุกข์ทรมาน และมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยผู้คลอดรับรู้



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ความเจ็บปวดผ่านทางไขสันหลัง และหากผู้คลอดสนใจต่อความปวด จะเกิดการรับรู้ความปวดมากขึ้น ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความกลัว ความวิตกกังวล และประสบการณ์ความปวดที่เคยผ่านมา (ซัชฎาพร จันทรสุข และคณะ, 2567)

การเจ็บครรภ์คลอดสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอดซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 14 ชั่วโมงในครรภ์แรก แบ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 8 ชั่วโมง และระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 6 ชั่วโมง (รังสิณี พูลเพิ่ม และคณะ, 2556) ความเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพกายของมารดา แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด และอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ได้เน้นย้ำความสำคัญของการจัดการความเจ็บปวดระหว่างคลอด โดยแนะนำให้ใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยคำนึงถึงความต้องการและความชอบของมารดาเป็นหลัก การใช้วิธีการจัดการความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological methods) เป็นทางเลือกแรกที่เหมาะสม เนื่องจากมีความปลอดภัย ไม่มีผลข้างเคียง และส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ (Smith et al., 2018) การจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพออาจนำไปสู่ผลกระทบเชิงลบหลายประการ รวมถึงความเครียดทางสรีรวิทยาที่เพิ่มขึ้น การยืดเยื้อของระยะเวลาการคลอด และอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น (Anderson et al., 2022) นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาในระยะหลังคลอด รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและความผิดปกติจากความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Miller & Davies, 2021)

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 ของห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พบว่ามารดาที่มาคลอดปกติมีจำนวนเฉลี่ย 30-40 รายต่อเดือน คิดเป็นประมาณ 380-500 รายต่อปี โดยร้อยละ 45 ของมารดาระายงานว่าความเจ็บปวดในระดับรุนแรง และร้อยละ 38 ของมารดาได้รับยาแก้ปวดระหว่างคลอด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่มีการส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ (WHO, 2018) นอกจากนี้จากการสำรวจความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาที่มีความพึงพอใจต่อการจัดการความเจ็บปวดเฉลี่ย 3.2 จาก 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งยังพบว่าการจัดการความเจ็บปวดยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน พยาบาลแต่ละคนใช้วิธีการที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ส่วนบุคคล และมารดาบางรายได้รับยาแก้ปวดโดยที่ยังไม่ได้ลองใช้วิธีการอื่นๆ ก่อน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวทางของ WHO และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ยังขาดการสังเคราะห์แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกที่บูรณาการและพร้อมใช้งานจริง 2) งานวิจัยในประเทศ



ไทยที่ผ่านมายังขาดการศึกษาที่ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติแบบบูรณาการซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินอย่างเป็นระบบ การเตรียมมารดา วิธีการที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา วิธีการเภสัชวิทยา และการประเมินผล ในกลุ่มมารดาคลอดปกติ และ 3) ยังขาดหลักฐานว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานสามารถลดความแปรปรวนในการปฏิบัติของพยาบาลแต่ละคนและลดอัตราการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่จำเป็น (Nori et al., 2023; Chang et al., 2022; Bayable et al., 2022)

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guidelines) ที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐานตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research council, 1999) จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน และได้รับการทดสอบประสิทธิผลในบริบทจริงก่อนการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ได้จริง และส่งผลให้มารดาคลอดปกติได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจต่อการดูแล และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

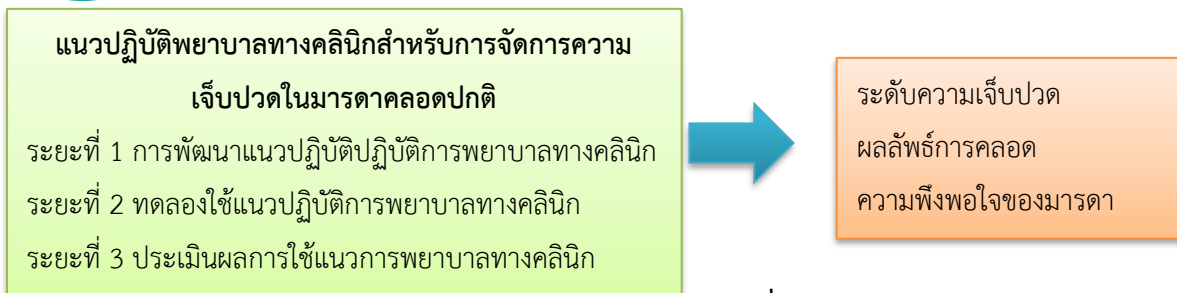
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research council, 1999) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ และ ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและเผยแพร่การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติไปใช้ในการปฏิบัติจริง ดังรูปที่ 1



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2569

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้แก่ พยาบาลผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 5 คน

1.2 กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดช่วงเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ. 2569 ที่มีประสบการณ์ทำงาน ≥ 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ลาคลอด ลาป่วยระยะยาว หรือลาศึกษาต่อในช่วงดำเนินการวิจัย

1.3 มารดาคลอดปกติ จำนวน 42 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มารดาที่มีอายุครรภ์ 37–42 สัปดาห์ คลอดทางช่องคลอดโดยธรรมชาติ ทารกอยู่ในท่าศีรษะ น้ำหนักทารกโดยประมาณ 2,500–4,000 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ ประวัติการผ่าตัดมดลูก หรือมีข้อห้ามในการใช้วิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.65 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 และกำลังการทดสอบ (Power, $1-\beta$) = 0.80 (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ผู้วิจัยกำหนดอัตราการหลุดออก (Dropout rate) ที่ร้อยละ 15 ตามที่พบใน



การศึกษาที่เกี่ยวข้อง (Thompson et al., 2023; Liu et al., 2023) ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 42 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของมารดา ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว น้ำหนักตัว ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย และส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ได้แก่ อายุครรภ์ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่คลอด ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดครั้งก่อน ท่าของการคลอดในครรภ์ น้ำหนักทารกโดยประมาณ และจำนวนทารกในครรภ์

2.2.2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวด Numeric Rating Scale (NRS) เป็นเครื่องมือวัดความเจ็บปวดที่ใช้ตัวเลข 0 ถึง 10 ในการแสดงระดับความเจ็บปวด โดยมารดาจะเลือกตัวเลขที่แสดงถึงระดับความเจ็บปวดที่รู้สึกในขณะนั้น โดยที่ 0 หมายถึงไม่เจ็บเลย 1-3 หมายถึงเจ็บน้อย 4-6 หมายถึงเจ็บปานกลาง และ 7-10 หมายถึงเจ็บมาก

2.2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อการดูแลและการจัดการความเจ็บปวด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวคิดการดูแลมารดาคลอดแบบสอบถามใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 = พึงพอใจมากที่สุด 4 = พึงพอใจมาก 3 = พึงพอใจปานกลาง 2 = พึงพอใจน้อย และ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 148-175 (ร้อยละ 85-100) แทนความพึงพอใจในระดับสูงมาก คะแนน 122-147 (ร้อยละ 70-84) แทนความพึงพอใจในระดับสูง คะแนน 88-121 (ร้อยละ 50-69) แทนความพึงพอใจในระดับปานกลาง คะแนน 53-87 (ร้อยละ 30-49) แทนความพึงพอใจในระดับต่ำ และคะแนน 35-52 (ร้อยละ 0-29) แทนความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

2.2.4 แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอด เป็นแบบบันทึกตามแนวทางการบันทึกข้อมูลการคลอดตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลระยะเวลาการคลอด ส่วนที่ 2 วิธีการคลอดและการแทรกแซง ส่วนที่ 3 การจัดการความเจ็บปวดที่ได้รับ ส่วนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ส่วนที่ 5 ข้อมูลทารกแรกเกิด ส่วนที่ 6 การดูแลหลังคลอด และส่วนที่ 7 เป็นการติดตามภายหลัง

2.2.5 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ของพิกุล นันทชัยพันธุ์ (2549) เป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก 3 คะแนน, ปานกลาง 2 คะแนน, และน้อย 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์แปลผล ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง



วารสารการพยาบาลและสุขภาพท้องถิ่น

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ประสิทธิภาพมาก, 1.67–2.33 หมายถึง ประสิทธิภาพปานกลาง และ 1.00–1.66 หมายถึง ประสิทธิภาพน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตรวจสอบคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับงานวิจัยและการประเมินผล (The Agree Research Trust, 2009) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สุนทิแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยทางการพยาบาล 1 ท่าน ผลการประเมินโดยรวมได้คะแนนร้อยละ 88 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อการดูแลและการจัดการความเจ็บปวด ผ่านการตรวจสอบด้วยดัชนีความสอดคล้อง IOC ได้เท่ากับ 0.88 และ 0.85 ตามลำดับ และทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha ได้เท่ากับ 0.82 เท่ากัน

3. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย COA No. NKPH 88 ลงวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติแล้ว โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อในการนำเสนอ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิด National Health and Medical Research Council (1999) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติฯ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและระบุปัญหาที่ต้องการพัฒนา 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแนวปฏิบัติฯ 4) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสากล (PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, ThaiLIS) โดยใช้กรอบ PICO และจัดระดับหลักฐานตาม National Health and Medical Research Council (1999) 5) ยกร่างแนวปฏิบัติฯ โดยสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวปฏิบัติ 5 องค์ประกอบหลัก และ 6) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้วยเกณฑ์ AGREE II

ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1) ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานและชี้แจงความสำคัญในระหว่างการประชุมก่อนทำงานทุกวัน 2) จัด



ประชุมทำความเข้าใจและขอความร่วมมือจากบุคลากร โดยเปิดโอกาสซักถามและตอบข้อสงสัย 3) จัดอบรมบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ ชี้แจงขั้นตอนและฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ในเวลา 2 ชั่วโมง และ 4) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ กับมารดาคลอดปกติจำนวน 42 คน

ระยะที่ 3 การประเมินผลและเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้จากผู้ใช้แนวปฏิบัติหลังใช้ครบระยะเวลา 2) ประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ ด้านระดับความเจ็บปวด ความพึงพอใจมารดา และผลลัพธ์การคลอด และ 3) จัดทำรายงานรูปแบบแนวปฏิบัติ เพื่อเตรียมเผยแพร่

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและความพึงพอใจก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 34.2 ปี (ช่วงอายุ 26–52 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี 10 คน (ร้อยละ 100) ระยะเวลาปฏิบัติงานในห้องคลอด 1–10 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 40.0) และ 11–20 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอด จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80.0)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของมารดาคลอดปกติ มารดาคลอดปกติ จำนวน 42 คน อายุเฉลี่ย 26.8 ปี (SD = 4.9) ส่วนใหญ่สมรสจดทะเบียน (ร้อยละ 88.1) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 40.5) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 33.3) รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.9) คลอดครั้งแรก (ร้อยละ 52.4) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.7 สัปดาห์ (SD = 1.1) น้ำหนักทารกเฉลี่ย 3,124 กรัม (SD = 298) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาคลอดปกติ (n = 42)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 42)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 26.8 ปี (SD = 4.9)		
น้อยกว่า 20 ปี	5	11.9
20–29 ปี	27	64.3



ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 42)	ร้อยละ
30 ปีขึ้นไป	10	23.8
สมรสจดทะเบียน	37	88.1
คลอดครรภ์แรก	22	52.4
อายุครรภ์เฉลี่ย 38.7 สัปดาห์ (SD = 1.1)		
น้ำหนักทารกเฉลี่ย 3,124 กรัม (SD = 298)		
เคยได้รับข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดมาก่อน	18	42.9
ต้องการให้สามี/คู่ครรรภ์อยู่เคียงข้าง	35	83.3

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 18 เรื่อง จัดระดับตาม National Health and Medical Research Council (1999) ดังนี้ Level I (Systematic Review) จำนวน 4 เรื่อง Level II (RCT) จำนวน 6 เรื่อง Level III (Quasi-experimental) จำนวน 5 เรื่อง และ Level IV-V จำนวน 3 เรื่อง ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยเกณฑ์ AGREE II โดยรวมได้คะแนนร้อยละ 88 ซึ่งสาระสำคัญของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 หมวด ดังนี้

2.1 หมวดที่ 1 การให้การพยาบาลโดยวิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา (Non-pharmacological Methods) โดยแบ่งเป็นหัวข้อย่อย ดังนี้ 1) เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย ได้แก่ การสอนและฝึกการหายใจช้าลึก (Slow breathing) ในระยะ Latent phase และการหายใจแบบ Puff-puff-blow ในระยะ Active phase ร่วมกับการฝึกจินตภาพ (Guided imagery) 2) การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า ได้แก่ การส่งเสริมให้มารดาเดิน นั่งบนลูกบอลคลอด นอนตะแคง หรือคุกเข่าตามความสะดวก โดยเฉพาะระยะ Active phase 3) การนวดและการกดจุด ได้แก่ การนวดบริเวณหลังส่วนล่าง กดจุด BL32 (Cilio) และการกด Sacral pressure เพื่อลดความเจ็บปวดระยะเบ่งคลอด 4) Hydrotherapy ได้แก่ การใช้ถุงน้ำอุ่นประคบหน้าท้องและหลังส่วนล่าง (อุณหภูมิ 40–45°C) หากน้ำคร่ำยังไม่แตก สามารถใช้การแช่น้ำอุ่นได้ 5) การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การอยู่เคียงข้างอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ การสื่อสารเชิงบวก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีหรือผู้ดูแล

2.2 หมวดที่ 2 การให้การพยาบาลโดยวิธีที่เป็นเภสัชวิทยา (Pharmacological Methods) โดยพิจารณาใช้เมื่อ pain score ≥ 7 คะแนน หลังจากใช้วิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยาแล้วอย่างน้อย 30 นาที ประกอบด้วย การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยพยาบาลต้องประเมิน



NRS ทุก 30 นาทีหลังให้ยา และบันทึกการตอบสนองต่อยาในเวชระเบียน สารสำคัญของแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ

องค์ประกอบแนวปฏิบัติ	การดำเนินการ	เกณฑ์การประเมิน / ความถี่
1. ประเมินความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ	ประเมิน NRS + ปัจจัยที่มีผล + บันทึก	ทุก 60 นาที (Latent) / ทุก 30 นาที (Active)
2. ให้ข้อมูลและเตรียมมารดา	อธิบายกระบวนการคลอด สอนเทคนิค แนะนำทางเลือก	ครั้งแรกที่มารดามารถึง + ทบทวนตามระยะ
3. วิธีไม่ใช่เภสัชวิทยา (ลำดับแรก)	หายใจ เปลี่ยนท่า นวด Hydrotherapy สนับสนุนอารมณ์	เริ่มต้นที่เมื่อ NRS ≥ 4
4. วิธีเภสัชวิทยา (เมื่อจำเป็น)	ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา	พิจารณาเมื่อ NRS ≥ 7 หลังวิธีที่ 3 ≥ 30 นาที
5. ประเมินผลและบันทึก	บันทึกวิธีการใช้ ผลตอบสนอง รายงานส่งเวร	ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. การประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้

3.1 ด้านระดับความเจ็บปวด เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (ข้อมูลย้อนหลัง $n = 42$) และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ($n = 42$) พบว่ามารดาในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติในแต่ละระยะการคลอด

ระยะการคลอด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
Latent Phase	6.8	1.4	5.1	1.3	5.39	$< 0.001^*$
Active Phase	8.2	1.1	6.4	1.2	6.68	$< 0.001^*$
Transition Phase	9.1	0.9	7.2	1.1	8.01	$< 0.001^*$
หลังคลอด 2 ชั่วโมง	2.9	1.2	1.8	0.9	4.46	$< 0.001^*$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



3.2 ด้านความพึงพอใจของมารดา ผลการประเมินความพึงพอใจหลังคลอด 24–48 ชั่วโมง พบว่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.82, p < 0.001$) โดยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.2) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 84.9)

3.3 ด้านผลลัพธ์การคลอด เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่าอัตราการใช้ยาแก้ปวดลดลงจากร้อยละ 38.1 เหลือร้อยละ 16.7 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.042$) ระยะเวลา Active phase สั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคะแนน Apgar ของทารกไม่แตกต่างกัน แสดงถึงความปลอดภัยของแนวปฏิบัติ

3.4 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพกลุ่ม มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังนี้ ด้านความง่ายและสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากร้อยละ 70 และระดับปานกลางร้อยละ 30 ส่วนด้านความชัดเจน ความเหมาะสม ความประหยัด ประสิทธิภาพ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 100 ว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในห้องคลอด และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 2.72 ($SD = 0.21$) อยู่ในระดับมีประสิทธิภาพมาก

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการดูแลมารดาคลอดให้ดีขึ้น โดยพบว่าหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มารดามีระดับความเจ็บปวดลดลงในทุกระยะการคลอดอย่างมีนัยสำคัญ และอัตราการใช้ยาแก้ปวดลดลง ซึ่งอยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยของประเทศที่ส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ (World Health Organization, 2018) เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิด NHMRC (1999) และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือ ส่งผลให้แนวปฏิบัติมีคุณภาพสูงและมีประสิทธิผลในการนำไปใช้ สอดคล้องกับ Connor และคณะ (2023) ที่พบว่าการนำแนวปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในทางคลินิกส่งผลให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น

ระดับความปวด พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามารดากลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลดลงของระดับความเจ็บปวดในระยะ Active phase มากที่สุดสามารถอธิบายได้ว่าความเจ็บปวดรุนแรงที่ไม่ได้รับการจัดการอาจยับยั้งการหลั่ง Oxytocin ตามธรรมชาติ เมื่อมารดาได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ดีขึ้น ระดับความเครียดทางสรีรวิทยาลดลง กระบวนการคลอดจึงดำเนินไปได้ราบรื่น (Anderson et al., 2022) และสอดคล้องกับ Smith et al. (2018) ที่พบว่าการใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการสนับสนุนต่อเนื่องสามารถลด VAS ได้ 1.5–2.0 คะแนนในระยะ Active phase



ด้านระดับความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจของมารดาอยู่ในระดับสูง ซึ่งแนวปฏิบัติด้านการให้การพยาบาลโดยวิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา ได้แก่ เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า การนวดและการกดจุด 4) Hydrotherapy และ 5) การสนับสนุนทางอารมณ์ สะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนทางการพยาบาลมารดาเพื่อลดความเจ็บปวดมีความสำคัญกับการรับรู้ว่าคุณเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ไม่แพ้การลดความเจ็บปวดทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2023) ที่พบว่าการสนับสนุนต่อเนื่องระหว่างคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดและการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลลัพธ์ด้านทารกพบว่าคะแนน Apgar และอัตราส่งต่อ NICU ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยืนยันความปลอดภัยของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ด้านผลลัพธ์การคลอด เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า อัตราการใช้ยาแก้ปวดลดลงจากร้อยละ 38.1 เหลือร้อยละ 16.7 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.042$) เป็นผลจากแนวปฏิบัติที่กำหนดให้ใช้วิธีการที่ไม่ใช่เภสัชวิทยาเป็นลำดับแรก และพิจารณาใช้ยาแก้ปวดเมื่อ pain score ≥ 7 คะแนน หลังใช้วิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยาแล้วอย่างน้อย 30 นาที สอดคล้องกับ Nori et al. (2023) ที่พบว่าวิธีการจัดการความเจ็บปวดแบบไม่ใช่เภสัชวิทยาเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ แม้เภสัชวิทยาจะเป็นมาตรฐานทองแต่ยังมีความเสี่ยงต่อมารดาและทารก ส่วนระยะเวลา Active phase สั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า เมื่อความเจ็บปวดได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ระดับความเครียดและการหลั่ง Cortisol ที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกลดลง ประกอบกับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าในระยะ Active phase ตามแนวปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ Chang et al. (2565) ที่พบว่าวิธีการที่ไม่ใช่เภสัชวิทยาหลายรูปแบบช่วยให้กระบวนการคลอดดำเนินไปได้ดีขึ้นและลดระยะเวลาการคลอดได้ และในส่วนคะแนน Apgar ของทารกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งยืนยันความปลอดภัยของแนวปฏิบัติที่มุ่งเน้นการใช้ยาแก้ปวดเท่าที่จำเป็น จึงลดโอกาสที่อาจจะส่งผลกระทบต่อระบบหายใจและสถานะของทารกแรกคลอด (Nori et al., 2023)

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปทดลองใช้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยไม่มีปัญหาและอุปสรรคที่มีนัยสำคัญ และมีคะแนนความเป็นไปได้ในระดับมาก สอดคล้องกับแนวทางของ National Health and Medical Research Council. (1999) ซึ่งเน้นกระบวนการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการพัฒนา ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้มารับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการพักรักษาในโรงพยาบาล



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตนเอง เพื่อให้มารดาคลอดปกติได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ลดการให้ยาแก้ปวดที่ไม่จำเป็น และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในห้องคลอด และกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดหนองคาย เพื่อทดสอบความสามารถในการถ่ายทอด (Transferability) ของแนวปฏิบัติ และควรศึกษาความยั่งยืน (Sustainability) ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยติดตามผลอย่างน้อย 1 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย
2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) เพื่อยืนยันผล

เอกสารอ้างอิง

- ชัชฎาพร จันทรสุข, พิริยา ทิวทอง, ศีตรา มยุขโชติ และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2567). การศึกษาความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอด. *ราชวดีสาร*, 14(1), 93–105.
- พิกุล นันทชัยพันธุ์. (2549). การประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายการอบรม เรื่อง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังสินี พูลเพิ่ม, อุบลรัตน์ ระวังโค และขวัญเรือน ด่วนดี. (2556). ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวดในมารดาครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 67–76.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- The Agree Research Trust. (2009). *The appraisal of guidelines for research & evaluation II*. Retrieved from <http://www.agreetrust.org/>
- Anderson, K. L., Smith, J. M., & Thompson, R. E. (2022). Inadequate pain management during labor: Physiological consequences and birth outcomes. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(3), 445–462.
- Bayable, S., Ashebir, Y., & Beyable, A. (2022). Pharmacologic and non-pharmacologic



- labor pain management techniques in a resource-limited setting: A systematic review. *Annals of Medicine & Surgery*, 74.
- Chang, C. Y., Gau, M. L., Huang, C. J., Cheng, H. M. (2022) Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS ONE*, 17(1): e0261493
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Liu, X., Zhang, Y., & Wang, H. (2023). Effective pain management and maternal outcomes: Impact on satisfaction, bonding, and breastfeeding initiation. *Maternal & Child Health Journal*, 27(5), 789–806.
- Miller, K. D., & Davies, P. R. (2021). Long-term mental health outcomes associated with labor pain experiences: A prospective cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 841–856
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf
- Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C., & Serbanescu, L. (2023). Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 12(23), 7203.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3), CD009514.
- Thompson, R. E., Davis, M., & Brown, A. (2023). Theory-practice gap in labor pain management: A multi-center observational study. *Pain Management Nursing*, 24(2), 145–161.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>