

ผลลัพธ์ของการตัดฝึเขียนตามกิจวัตรกับการตัดฝึเขียนเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก

พิมลา เล้าประจง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง

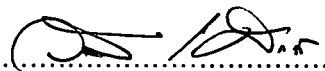
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

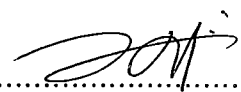
สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

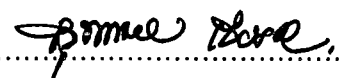
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พิมาดา เล่าประจง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

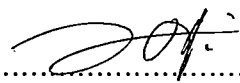
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิศเรศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.วรรณทนา สุกสีมานนท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เชียรพิเชฐ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิศเรศ)

.....กรรมการ
(ดร.วรรณทนา สุกสีมานนท์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความตั้งใจ ความมุ่งมั่นของผู้วิจัย และได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่า ในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจเป็นอย่างยิ่งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.วรรณทนา ศุกสีมานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่มีประโยชน์ยิ่ง อีกทั้งช่วยแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีเช่นกัน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการค้นคว้า หาความรู้ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เรือรพิเชฐ ประธานคณะกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ยิ่ง ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ แพทย์หญิง เตือนใจ ชุ่นสะ และ ดร.สุมลยา พรหมมา ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมกันนี้ ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลบางปะกง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปะกง หัวหน้างานห้องคลอด รวมทั้งพยาบาลห้องคลอดทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นให้มีการพัฒนาความคิด ในการศึกษา และพัฒนาการพยาบาลในระหว่างการศึกษา

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณวลีรัตน์ สุชนันท์ ที่ให้การดูแลเอาใจใส่อย่างดี ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ ส่งเสริม และสนับสนุน พร้อมทั้งเป็นกำลังใจ ที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง รวมถึงเพื่อนร่วมงาน ที่เป็นกัลยาณมิตร ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีมาโดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แต่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มี การศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

พิมมาลา เล้าประจง

52921191: สาขาวิชา :การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: ผู้คลอดครั้งแรก/ การตัดฝีเย็บตามกิจวัตร/ การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

พิมาลา เล้าประจง: ผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก (OUTCOMES OF ROUTINE EPISIOTOMY VERSUS RESTRICTIVE EPISIOTOMY IN PRIMIPAROUS PARTURIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณิ เดียวิศเรศ, Ph.D., วรณทนา สุภสีมานนท์, Ph.D. 62 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ปัจจุบันมีอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บในผู้คลอดสูง ทั้ง ๆที่ไม่จำเป็นต้องตัดในบางราย เพราะการตัดฝีเย็บก่อให้เกิดผลเสีย โดยเฉพาะในผู้คลอดครั้งแรก การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร กับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก และศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ข้อมูลรวบรวมโดยการสุ่มอย่างง่าย จากแฟ้มประวัติของผู้คลอดครั้งแรกที่มีความเสี่ยงต่ำและคลอดทางช่องคลอด ณ โรงพยาบาลบางปะกง ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 แฟ้มประวัติจำนวน 174 แฟ้ม เป็นของผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และ จำนวน 174 แฟ้ม เป็นของผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น บันทึกข้อมูลผลลัพธ์ของผู้คลอดและทารกจากแฟ้มประวัติ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดจำนวน 7 คน โดยใช้แนวทางสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น สถิติที่พรรณนา การทดสอบที และไค-สแควร์ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณ ข้อมูลความคิดเห็นของพยาบาลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีปริมาณการเสียเลือดจากแผลฝีเย็บน้อยกว่า ($p < .001$) มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่า ($p < .001$) และมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนแอฟการ์นาที่ 1 และนาที่ 5 ระหว่าง 2 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านความคิดเห็นของพยาบาลพบว่า พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น และเห็นว่าการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นมีผลดีต่อผู้คลอดหลายด้าน สามารถปฏิบัติได้จริง และต้องการให้กำหนดเป็นแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในการช่วยคลอดปกติต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่าพยาบาลห้องคลอดควรนำแนวคิดของการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นไปใช้ในการปฏิบัติในการช่วยคลอดปกติต่อไป

52921191: MAJOR: ADVANCED MIDWIFERY; M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

KEYWORDS: PAROUS PRIMIPAROUS/ ROUTINE EPISIOTOMY/ RESTRICTIVE

EPISIOTOMY

PHIMALA LAOPRAJONG: OUTCOMES OF ROUTINE EPISIOTOMY VERSUS RESTRICTIVE EPISIOTOMY IN PRIMIPAROUS PARTURIENT COMMITTEE: WANNEE DEOISRES, Ph.D., WANTANA SUPPASEEMANONT, Ph.D. 62 P. 2016.

There is high incidence in perinorrhaphy nowadays although it is not necessary to be performed in some cases. In addition, perinorrhaphy causes negative outcomes, especially in primiparous parturients. Objectives of this study were to compare the outcomes of episiotomy between routine versus restrictive in primiparous and to describe opinions on restrictive episiotomy among nurses in a delivery room. Data were randomly retrieved from medical records of low risk primiparous women who delivered her baby by a vaginal birth at Bangpakong Hospital during October, 2013 to January, 2016. There were medical records of 174 primiparous women who received a routine episiotomy and 174 of those receiving a restrictive episiotomy. In addition, seven nurses working in the delivery room were interviewed. Birth outcomes of the women and newborn babies were recorded. Interview guidelines regarding the nurse's opinion on restrictive episiotomy were administered. Descriptive statistics, independent t-test and chi-square test were used to analyze the quantitative data. Nurses' opinions were used content analysis.

The results revealed that primiparous women who received a restrictive episiotomy had statistically significant less blood loss from perineal damage ($p = <.001$), shorter duration of second stage of labor ($p < .001$), and less degree tear of perineum ($p < .001$) than women who received a routine episiotomy. However, the APGAR scores at 1 and at 5 minutes after birth between the two groups were not significantly different ($p > .05$). Regarding nurses' opinions, it was found that nurses had positive attitude toward restrictive episiotomy and agreed that restrictive episiotomy had many positive outcomes, it was practical and should be mandate as a guideline for assisting vaginal delivery.

Findings of this study suggest that nurses in a delivery room should adopt and apply the concept of restrictive episiotomy in their practice.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดปกติ.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บ.....	12
ผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บแบบเท่าที่จำเป็น.....	17
ความคิดเห็นของพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น.....	20
3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	23
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	23
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	24
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	25
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	26
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	26

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	27
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้คลอด	27
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และการตัดฝีเย็บ เท่าที่จำเป็น	29
ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องคลอด	31
ส่วนที่ 4 ผลจากการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอด ที่ปฏิบัติงาน ในห้องคลอดเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น	32
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	37
สรุปผลการวิจัย	37
การอภิปรายผล	39
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	42
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	43
บรรณานุกรม	44
ภาคผนวก	49
ภาคผนวก ก	50
ภาคผนวก ข	53
ภาคผนวก ค	55
ประวัติย่อของผู้วิจัย	62

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	สัดส่วนการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามรายปี..... 24
2	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่ได้รับการตัดฝึย่บตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการตัดฝึย่บเท่าที่จำเป็น..... 28
3	เปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มที่ได้รับการตัดฝึย่บตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการตัดฝึย่บเท่าที่จำเป็น..... 29
4	แสดงระดับการนึกขาดของฝึย่บระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตัดฝึย่บตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการตัดฝึย่บเท่าที่จำเป็น..... 30
5	เปรียบเทียบระดับการนึกขาดของฝึย่บระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตัดฝึย่บตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการตัดฝึย่บเท่าที่จำเป็น..... 31
6	ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล..... 31

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญที่สุดในชีวิตอย่างหนึ่งของสตรีทุกคน เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวหรือไม่กี่ครั้ง ในช่วงที่สตรีอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ การคลอดทางช่องคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วยและไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยคลอด เพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรก และน้ำคร่ำที่อยู่ภายในโพรงมดลูก ผ่านทางช่องคลอดออกสู่ภายนอก การคลอดปกติทางช่องคลอดถือเป็นเรื่องสำคัญพื้นฐานที่พยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องเข้าใจ คือ ผู้คลอดสามารถมีส่วนร่วมในการคลอดได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม เมื่อถึงระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้คลอดจะสามารถเบ่งคลอดออกมาได้เอง (แสงมะลิ พลเวียง และพัศตร์วิไล ศรีแสง, 2557) รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลผู้ดูแลและทำให้การคลอดดำเนินไปตามกระบวนการอย่างปกติ สามารถลดกิจกรรมแทรกแซงทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นได้ (สุริย์พร กฤษเจริญ, กัญจณี พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2555) การคลอดทางช่องคลอดแบ่งออกเป็นการคลอดเองทางช่องคลอด (Spontaneous vaginal delivery) คือ ผู้คลอดเข้าสู่กระบวนการคลอดตามธรรมชาติ โดยไม่มีการใช้เครื่องมือหัตถการช่วยคลอด และการคลอดทางช่องคลอดโดยการช่วยคลอด (Assisted vaginal delivery) คือ ผู้คลอดเข้าสู่กระบวนการคลอด แต่ไม่สามารถคลอดได้เอง เช่น ผู้คลอดไม่มีแรงเบ่งหรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างรอคลอด จำเป็นต้องใช้การช่วยคลอดด้วยคีมหรือการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ สาเหตุ จากมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ครรภ์ก่อนกำหนด ครรภ์เกินกำหนด หรือทารกอยู่ในภาวะเครียด คับขัน (Stress) ทารกตัวโต ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดติดไหล่ (World Health Organization [WHO], 1996) แต่อย่างไรก็ตามความคาดหวังของผู้คลอดทุกคน หวังว่า ตนเองจะสามารถผ่านกระบวนการคลอดไปได้อย่างปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีความสมบูรณ์แข็งแรง

จากอดีต การคลอดนิยมนิยมคลอดที่บ้าน โดยหมอดำแยหรือผดุงครรภ์โบราณ ที่ให้บริการโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ที่สั่งสมมา แต่เมื่อความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดนิยมมาคลอดในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น โดยมีความเชื่อว่าการแพทย์มีความพร้อมทางด้านบุคลากร ที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการคลอดที่ปลอดภัย ใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลการคลอด เพื่อความ

ปลอดภัยของผู้คลอดและทารกในครรภ์ ซึ่งการมารับบริการการคลอดในโรงพยาบาลของผู้คลอด จะพบว่า จะได้รับการดูแลที่แตกต่างกับการคลอดเองที่บ้านอย่างสิ้นเชิง โดยจะเน้นให้การดูแลทางการแพทย์เป็นกิจวัตร ดังนั้นผู้คลอดจึงไม่มีโอกาสในการวางแผนการคลอดของตนเอง หากแต่ จะได้รับการดูแลตามกิจวัตร (Routine) เช่น การงดน้ำงดอาหาร การตัดฝีเย็บช่วยคลอด (เสาวภา มุสิกษาศาติ, สุรีย์พร กฤษเจริญ และทรงพร จันทรพัฒน์, 2555) ซึ่งที่ผ่านมาจะพบว่า ส่วนใหญ่มีการตัดฝีเย็บช่วยคลอด ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติแบบดั้งเดิม โดยเฉพาะในผู้คลอดครั้งแรก เพื่อเพิ่มความกว้างของช่องทางคลอด ลดระยะเวลาในการเบ่งคลอด ป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ ดังนั้น จึงพบว่าอุบัติการณ์ของการตัดฝีเย็บสูง (พริยา สุภศรี, 2550)

การตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (Routine episiotomy) เป็นสูติศาสตร์หัตถการที่นิยมปฏิบัติกัน มากที่สุด มักทำในระยะที่ 2 ของการคลอด เพื่อป้องกันการฉีกขาด การยืดหย่อนของบริเวณฝีเย็บ ถึงแม้การตัดฝีเย็บจะมีผลดีหลายประการ แต่ไม่มีจำเป็นจะต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอดทุกราย เนื่องจาก มีผลกระทบต่อผู้คลอด เช่น การสูญเสียเลือด จากการสำรวจอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บพบว่า ทั่วโลก มีประมาณร้อยละ 30-63 และการตัดฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 93 (Lowenstein & Drugan, 2005) สำหรับประเทศในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศไต้หวันพบอุบัติการณ์ของการตัดฝีเย็บสูง เกือบร้อยละ 100 ประเทศจีนร้อยละ 82 ประเทศเนปาลร้อยละ 42.9-67.3 (Graham, Carroli, Davies, & Medves, 2005) ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย มีอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25 และ 16.1 ตามลำดับ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การฉีกขาดของฝีเย็บจากการตัด ฝีเย็บช่วยคลอด ร้อยละ 90 ของการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งการตัดฝีเย็บส่วนใหญ่มักพบในผู้คลอด ครั้งแรก (เนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ, นวิ เบาทรวง และสุกัญญา ปรีชญญกุล, 2553) ทำให้เกิด ช่องว่างระหว่างการปฏิบัติจริงและการใช้หลักฐานทางวิชาการ อย่างไรก็ตามการตัดฝีเย็บก่อให้เกิด ผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งในระยะสั้นและยาว (ระดับความรุนแรง ขึ้นอยู่กับความลึกของการฉีกขาด ระยะสั้น คือ การเสียเลือดเพิ่มขึ้น การฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก เจ็บตึงแผล การติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ ทำให้ต้องได้รับการรักษายาวนานขึ้น ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ล่าช้า นอกจากนี้การตัดฝีเย็บที่ก่อให้เกิดการแผลที่ฝีเย็บยังทำให้มีการหย่อนของกะบังลม ตามมา การควบคุมการขับถ่ายไม่ดีทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่ เจ็บปวดขณะ มีเพศสัมพันธ์ (Williams, Herron-Marx, & Hicks, 2007) ดังนั้น ควรตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น เฉพาะใน กรณีที่ต้องได้รับการช่วยคลอดและอยู่ในภาวะคับขัน (Maternal and fetal distress) เช่น มารดา มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ หรือทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (WHO, 1996)

การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น (Restrictive episiotomy) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในผู้คลอดที่มีข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บช่วยคลอดเท่านั้น เช่น ทารกตัวโต ทำทารกผิดปกติ ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวาน หรือทารกมีภาวะเครียด การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นนั้น เป็นการคลอดที่ปล่อยให้ไปตามกลไกธรรมชาติ เป็นการใช้กิจกรรมทางการแพทย์น้อยที่สุด อีกทั้งยังลดภาวะแทรกซ้อนจากการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรได้ด้วย องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ระบุไว้ว่า การคลอดเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาของผู้คลอดที่เป็นไปตามธรรมชาติ การตัดฝีเย็บไม่เกินร้อยละ 10 ในรายที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่จำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น เช่น การตัดฝีเย็บ เป็นการปฏิบัติที่ไม่มีประโยชน์และไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นยังไม่เป็นที่นิยมในการนำไปใช้ ทำให้การตัดฝีเย็บมีสูงกว่าที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะการตัดฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรก

โรงพยาบาลบางปะกงเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง อัตราการคลอดเฉลี่ยปีละ 1,192 ราย จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 84.63, 82.80 และ 82.65 ตามลำดับ การทำหัตถการช่วยคลอด ร้อยละ 5.15, 4.03 และ 4.03 ตามลำดับ เฉลี่ยอัตราการคลอดปกติทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 83.35 เฉลี่ยอัตราการทำหัตถการช่วยคลอด ร้อยละ 4.35 พบว่า มีอัตราการตัดฝีเย็บปี พ.ศ. 2556-2558 ร้อยละ 73.99, 61.43 และ 64.36 ตามลำดับ พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 3.86, 3.16 และ 3.82 ตามลำดับ สาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดีอันดับหนึ่ง รองลงมาคือมีแผลฉีกขาดเล็ก และยังทำให้เกิดการฉีกขาดเพิ่มขึ้นถึงระดับ 3 นอกจากนี้ยังพบว่า มีอัตราการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ร้อยละ 0.90, 1.36 และ 1.43 (เวชระเบียนโรงพยาบาลบางปะกง, 2555) ส่วนใหญ่การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ยังไม่นิยมนำมาปฏิบัติซึ่งในโรงพยาบาลยังคงยึดการปฏิบัติแบบดั้งเดิม คือ ตัดฝีเย็บช่วยคลอดตามกิจวัตรทำให้อัตราการตัดฝีเย็บสูงเกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ จากผลกระทบดังกล่าว ส่งผลให้ผู้คลอดต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลมากขึ้น หรือต้องกลับมารับการรักษาในภายหลัง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เจ็บแผลฝีเย็บนานขึ้น การให้นมบุตรลดน้อยลง ก่อให้เกิดความล่าช้าในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก

ปี พ.ศ. 2556 งานห้องคลอดโรงพยาบาลบางปะกง ได้เริ่มนำแนวคิดเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นมาทดลองปฏิบัติ โดยเริ่มทำในผู้คลอดครรภ์หลังก่อน พบว่า การคลอดสามารถดำเนินไปได้ตามปกติ ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอด บางรายพบว่า ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บเลย ส่วนใหญ่ฝีเย็บมีการฉีกขาดระดับ 1 เท่านั้น ผู้คลอดสามารถลุกนั่งปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีหน้ามืดเวียนศีรษะ สามารถให้ทารกดูดนมได้ทันทีหลังคลอด ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกได้เร็ว ทำให้ผู้คลอดได้เรียนรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นจะส่งผลดีต่อผู้คลอดและทารก หากแต่ ผู้ปฏิบัติยังคงยึดวิธีการแบบดั้งเดิม ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของหน่วยงานห้องคลอดที่จะต้อง ร่วมสนับสนุนเกี่ยวกับการคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ให้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน ส่งเสริม ให้มีการเตรียมความพร้อมของผู้คลอด ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้บริการและเป็นผู้ปฏิบัติการผดุงครรภ์ ขึ้นสูงได้เห็นถึงปัญหา และผลกระทบจากการตัดฝีเย็บ จึงได้พูดคุยร่วมกันในหน่วยงาน พยาบาล ผดุงครรภ์ บางท่านเคยผ่านการประชุมเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติพบว่า ผู้คลอดได้รับประโยชน์ จากการคลอดด้วยตนเอง โดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ในปี พ.ศ. 2556 เริ่มนำแนวคิดการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น (Restrictive episiotomy) มาทดลองปฏิบัติอย่างจริงจัง ทำให้ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอด ครั้งแรกเพิ่มสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมา แต่ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า อัตราการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอด ครั้งแรกลดลง เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ปฏิบัติได้น้อยลง ซึ่งพบว่า มีอุปสรรคในการปฏิบัติ หลายอย่าง มีข้อบ่งชี้ หรือภาวะแทรกซ้อนขณะเบ่งคลอด เช่น ทารกมีภาวะเครียด ใช้เครื่องมือ ช่วยคลอด ทำให้ไม่สามารถปล่อยเวลานั้นนานได้ จึงจำเป็นต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอด บางรายใช้ ระยะเวลาในการเบ่งคลอดนาน จนเกินมาตรฐานระยะเวลาในการเบ่งคลอดครั้งแรกใช้เวลา 1 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังใช้เวลา 30 นาที ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะการคลอดล่าช้าในระยะที่สองของการคลอด ในขณะที่บ่อยครั้งพยาบาลผู้ทำคลอดไม่สามารถ ใช้ระยะเวลาในการรอ โดยไม่เร่งรีบ กดดันผู้คลอดในระยะเบ่งคลอดได้นาน เนื่องจากบางวัน ผู้คลอดมีปริมาณมาก ไม่สมดุลกับจำนวนผู้ดูแล ที่ขึ้นปฏิบัติงาน เวลละ 2 คนเท่านั้น เนื่องจากการดูแล ส่งเสริมให้ผู้คลอด สามารถคลอดได้เองโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นนั้น ต้องใช้เวลา ผู้คลอดได้ใช้ความสามารถในการเบ่งคลอดอย่างเต็มที่ ทำให้อาจไม่สามารถส่งเสริมจนสิ้นสุด กระบวนการคลอดได้ทุกราย อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บเท่าที่ จำเป็น และความแตกต่างระหว่างการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นเป็นอย่างไร ทำให้ผู้ปฏิบัติยังคงยึดวิธีการดั้งเดิม ที่มีความสะดวก รวดเร็ว ซึ่งการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่ จำเป็นยังไม่ได้กำหนดจัดทำเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติ แต่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ หรือการตัดสินใจของพยาบาลผดุงครรภ์แต่ละคนตามสถานการณ์ จึงทำให้พยาบาลผดุงครรภ์มีทั้ง ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวคิดของการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลผดุงครรภ์ในหน่วยงานเกี่ยวกับการ คลอดต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรและ การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก ซึ่งผลการวิจัยที่ได้รับนี้จะมีประโยชน์ต่อการนำไป

ใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการตัดฝีเย็บช่วยคลอดเท่าที่จำเป็นที่เหมาะสม อันจะเกิดผลดีแก่ผู้คลอดและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นกับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรในผู้คลอดครั้งแรก ได้แก่ ปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ ระดับการน็อกขาดของฝีเย็บ ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด คะแนนแอฟการ์ด นาที้ที่ 1 และนาที้ที่ 5
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลผดุงครรภ์ต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

สมมติฐานการวิจัย

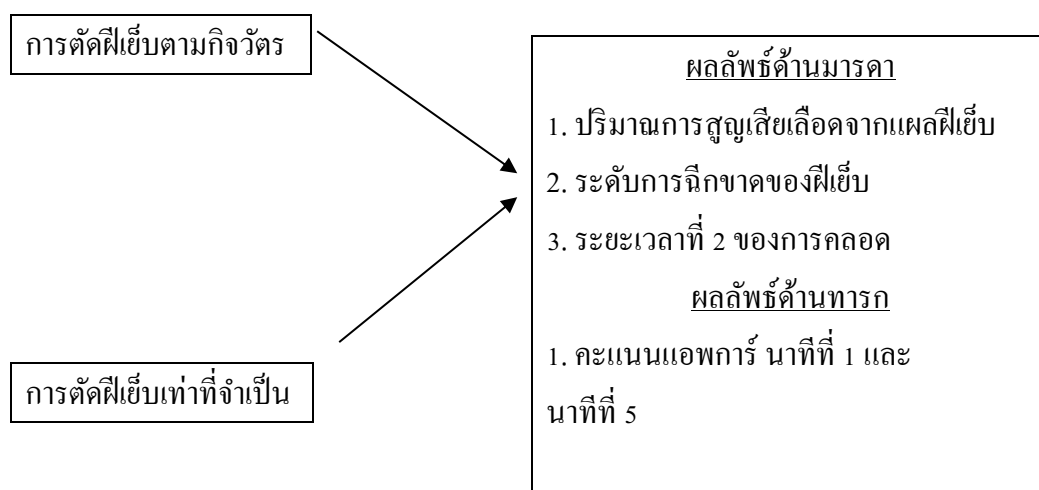
1. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร
2. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นมีระดับการน็อกขาดของแผลฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร
3. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นน้อยกว่า ระยะที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร
4. ทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีค่าเฉลี่ยคะแนนแอฟการ์ด นาที้ที่ 1 สูงกว่า ทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร
5. ทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีค่าเฉลี่ยคะแนนแอฟการ์ด นาที้ที่ 5 สูงกว่า ทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการปฏิบัติตามองค์การอนามัยโลก ในเรื่องของการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ซึ่งเป็นกระบวนการคลอดที่ดำเนินไปตามธรรมชาติ โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางการแพทย์ที่อาจขัดขวางต่อกระบวนการคลอด ตามแนวคิดการทำคลอดปกติขององค์การอนามัยโลก จะไม่เน้นการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร ซึ่งการตัดฝีเย็บนั้นก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหลังคลอด ทำให้ผู้คลอดสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น มีโอกาสเกิดการน็อกขาดถึงหูรูดทวารหนักได้ง่ายขึ้น ผู้คลอดเจ็บตึงแผล และการเจ็บปวดแผลฝีเย็บเป็นปัจจัยทำนายนายการให้ทารกดูนมแม่ช้า (ภัสรา หากุหลาบ และนันทนา ธนาโนวรรณ, 2552) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับ

การตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (สุริย์พร กฤษเจริญ, กัญจนี พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบูลย์ 2555) ส่วนระดับการนิกลูบของฝีเย็บผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นน้อยกว่า ผู้คลอดที่ตัดฝีเย็บตามกิจวัตร แต่การตัดฝีเย็บตามปกติ ยังเป็นหัตถการที่นิยมปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายที่ทำกันมาช้านานจากอดีตถึงปัจจุบัน เนื่องจากเชื่อว่า การตัดฝีเย็บช่วยให้ช่องทางคลอดกว้างขึ้น สะดวกแก่การผ่านของทารก ป้องกันการนิกลูบเพิ่มหรือลดการนิกลูบที่รุนแรง จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า บาดแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ ทำให้เกิดความเจ็บปวด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้คลอด เช่น คิดเชื่อแผลฝีเย็บ แผลแยก ทำให้เสียเวลาต้องกลับมารักษารักษาซ้ำ รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น กระทำในกรณีที่พบว่ามีข้อบ่งชี้ที่จะต้องทำการช่วยคลอดเท่านั้น (WHO, 1996) หากแต่ผู้ทำคลอดส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติตามแนวทางแบบดั้งเดิมยังคงพบว่ามี การตัดฝีเย็บช่วยคลอดเกือบทุกราย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิด การตัดฝีเย็บตามกิจวัตรและการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก มาศึกษาเพื่อเปรียบเทียบเชิงผลลัพธ์ และศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลประจำห้องคลอดต่อการใช้นโยบายการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น (Restrictive episiotomy) โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็น 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) ข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บ 2) การป้องกันการนิกลูบของฝีเย็บ กรณีที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บช่วยคลอด 3) วิธีการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก 4) ปัจจัยส่งเสริมให้สามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นได้สำเร็จ 5) ข้อจำกัดหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นได้สำเร็จ และ 6) แนวทางหรือนโยบายเกี่ยวกับการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น โดยผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านมารดา คือ ปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ ระดับการนิกลูบของฝีเย็บ ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และผลลัพธ์ด้านทารก ศึกษาคะแนนแอฟการ์ นาทิที่ 1 และนาทิตที่ 5 โดยนำมาเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลบางปะกง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 และความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอด ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2559 ต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น โดยทำการศึกษา ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้คลอดครั้งแรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มากลอดครั้งแรกไม่นับรวมการแท้ง
2. การตัดฝีเย็บตามกิจวัตร หมายถึง การตัดฝีเย็บผู้คลอดที่มากลอดทุกราย เพื่อขยายช่องทางคลอดให้กว้างขึ้น ช่วยทำให้ทารกเคลื่อนผ่านได้สะดวก
3. การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น หมายถึง การไม่ตัดฝีเย็บในผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอด จึงไม่จำเป็นต้องได้รับการตัดฝีเย็บช่วยคลอด
4. ปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ หมายถึง ปริมาณการเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ นับตั้งแต่เริ่มตัดฝีเย็บ จนกระทั่งเย็บแผลเสร็จ โดยวัดเป็นมิลลิลิตร
5. ระดับการนิกลาถของฝีเย็บ หมายถึง ความรุนแรงของการนิกลาถของเนื้อเยื่อบริเวณช่องคลอดส่วนล่างกับทวารหนักที่เกิดจากการตัดฝีเย็บหรือนิกลาถเอง แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1) การฉีกขาดระดับที่หนึ่ง (First degree tear) หมายถึง การฉีกขาดชั้นผิวหนังของฝีเย็บ และเยื่อช่องคลอด โดยไม่มีความเสียหายต่อกล้ามเนื้อฝีเย็บ 2) การฉีกขาดระดับที่สอง (Second degree tear) หมายถึง การฉีกขาดในระดับที่หนึ่งร่วมกับการฉีกขาดของกล้ามเนื้อฝีเย็บ และกล้ามเนื้อช่องคลอด โดยไม่มีความเสียหายต่อกล้ามเนื้อหูรูดทวาร 3) การฉีกขาดระดับที่สาม (Third degree tear) หมายถึง การฉีกขาดในระดับที่สองร่วมกับการฉีกขาดบางส่วนหรือทั้งหมดของกล้ามเนื้อหูรูดและผนังทวาร 4) การฉีกขาดระดับที่สี่ (Fourth degree tear) หมายถึง การฉีกขาดในระดับที่สามร่วมกับการฉีกขาดเข้าไปในทวารหนัก

6. ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด หมายถึง เวลาที่นับตั้งแต่มีการเปิดขยายของปากมดลูก 10 เซนติเมตร จนถึงระยะที่ทารกคลอด นับเป็นนาที

7. คะแนนแอฟการ์ หมายถึง ค่าคะแนนที่ใช้ประเมินทารก ในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 หลังคลอด ประกอบด้วย ลักษณะสีผิว อัตราการเต้นของหัวใจ สีหน้าจากการกระตุ้น การเคลื่อนไหวของทารก และการหายใจ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรและการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาที่ทำการวิจัยดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดปกติ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บ
3. ผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น
4. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดปกติ

การคลอด เป็นกระบวนการขับ ทารก รก และเยื่อหุ้มรกจากมดลูกออกทางช่องคลอด (WHO, 1996) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทางธรรมชาติ ไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วย อาศัยแรงเบ่งจากตัวผู้คลอด โดยไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามาเร่งเร้าหรือแทรกแซง (WHO, 1996)

ความหมายของการคลอด

การคลอด หมายถึง การคลอดที่เกิดขึ้นเมื่อครรภ์ครบกำหนด 40 สัปดาห์ ทารกมีส่วนนำเป็นศีรษะ กระบวนการคลอดจะสิ้นสุดลงภายในระยะเวลาไม่เกิน 18 หรือ 24 ชั่วโมง ปราศจากภาวะแทรกซ้อนตลอดการคลอด สำหรับองค์การอนามัยโลกนับอายุครรภ์ครบกำหนดที่ 37-42 สัปดาห์ โดยแบ่งระยะคลอดได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่ (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012)

1. ระยะที่ 1 ของการคลอด (First stage of labour) เริ่มตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริง (True labour pain) จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดจน 10 เซนติเมตร (Fully dilatation of cervix) ใช้เวลาประมาณ 3.3-19.7 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 0.1-14.3 ชั่วโมง เฉลี่ย 6 ชั่วโมงในครรภ์หลัง ในระยะนี้แบ่งย่อยได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ใช้เวลาเฉลี่ย 12 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 6 ชั่วโมงในครรภ์หลัง ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) นับตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตรจนถึง 8 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 50-75 มีการหดรัดตัวของมดลูกมากขึ้น และระยะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะคลอด (Transition phase) นับตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ถึง 10 เซนติเมตร ศีรษะทารกลงเชิงกราน มดลูกหดรัดตัวแรงและถี่ขึ้น จะเห็นได้ว่า ระยะนี้เป็นระยะ

ที่ปากมดลูกเปิดช้ามาก เพราะต้องมีความบางของมดลูกคู่กันไปด้วย และยังมีปัจจัยด้านต่าง ๆ เช่น ส่วนนำทารก ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของช่องเชิงกรานและขนาดของส่วนนำทารกในครรภ์ ที่จะส่งผลถึงระยะเวลาในการคลอด

2. ระยะที่ 2 ของการคลอด (Second stage of labour) เริ่มนับตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร จนถึงระยะที่ทารกคลอด โดยปกติจะใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง ส่วนนำและท่าของทารก ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของช่องเชิงกราน เป็นปัจจัยที่ทำให้การคลอดดำเนินไปได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และสิ่งสำคัญที่สุดในระยะนี้คือ หากผู้คลอดสามารถเบ่งได้มีประสิทธิภาพ และถูกต้องจะช่วยให้การคลอดดำเนินไปได้ตามปกติ

3. ระยะที่ 3 ของการคลอด (Third stage of labour) เริ่มนับตั้งแต่ทารกคลอด จนถึงรกคลอด โดยปกติใช้เวลา 5-10 นาที หรือภายในเวลา 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของรก ลักษณะการเกาะตัวของรก

4. ระยะที่ 4 ของการคลอด (Fourth stage of labour) เริ่มนับจากภายหลังรกคลอด จนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ระยะนี้มีความสำคัญเนื่องจากอาจเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ จะเห็นได้ว่าระยะคลอดมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาของการคลอด และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกายในระบบต่าง ๆ ซึ่งระยะคลอดที่สำคัญ คือ ระยะที่ 2 ของการคลอด เนื่องจากต้องอาศัยประสิทธิภาพและแรงเบ่งคลอดของผู้คลอด ถึงแม้จะขึ้นอยู่กับส่วนนำและท่าของทารก ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของช่องเชิงกรานก็ตาม

ชนิดการคลอด (WHO, 1996)

การคลอดแบ่งออกเป็น/ ชนิด คือ การคลอดปกติและการคลอดผิดปกติ ดังนี้

การคลอดปกติ (Normal labor) คือ การคลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. อายุครรภ์ครบกำหนด คือ อายุครรภ์ตั้งแต่ 38 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 42 สัปดาห์
ถ้าการคลอดเกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ถือว่า เป็นการคลอดก่อนกำหนด (Premature labor) แต่ถ้าการคลอดเกิดขึ้นหลัง 42 สัปดาห์ ถือว่า เป็นการคลอดเกินกำหนด (Postterm labour)

2. ส่วนนำเป็นศีรษะ (Vertex presentation)

3. กระบวนการคลอดทั้งหมดเป็นไปตามธรรมชาติ โดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยคลอด

4. ระยะเวลาของการคลอด ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงรกคลอดไม่เกิน 24 ชั่วโมง

5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดเกิดขึ้นในระยะคลอด

การคลอดผิดปกติ (Abnormal labor) คือ การคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น การคลอดที่มีระยะเวลายาวนานกว่าปกติ การคลอดที่สิ้นสุดลงด้วยการใช้เครื่องมือช่วยคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดที่มีส่วนนำของทารกผิดปกติ หรือส่วนนำเป็นท่าก้น

(Breech presentation) การคลอดที่ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ระหว่างตั้งครรภ์ เช่นภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวาน ัษรอยด์ โรคหัวใจ เป็นต้น ส่วนมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์ เช่น รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio-placenta) การคลอดเกินกำหนด 42 สัปดาห์ (Posterm labor) ภาวะคลอดยากจากความผิดปกติของช่องเชิงกราน รวมทั้งส่วนนำและท่าของทารก การดำเนินการคลอดจะใช้เวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง (WHO, 1996)

แนวทางการทำคลอดปกติ ตามหลักขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996)

แนวคิดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการคลอด คือ ให้กระบวนการคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติ โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางการแพทย์ที่อาจขัดขวางต่อกระบวนการคลอดได้ เช่น การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การสวนอุจจาระ การงดน้ำ และอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือด และการตัดฝีเย็บ ตามแนวคิดการทำคลอดปกติตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก จะไม่เน้นการตัดฝีเย็บแบบเป็นกิจวัตร ฝีเย็บอาจมีการฉีกขาดเองหรือไม่ฉีกขาด ขึ้นอยู่กับการประหมัดและความเชี่ยวชาญของผู้ทำคลอด (Nkwabong & Kouam, 2012) แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า ปัจจุบันผู้คลอดได้รับการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรหลายอย่าง กิจกรรมบางอย่างเป็นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตราย เช่น การตัดฝีเย็บ ทำให้ผู้คลอดเจ็บปวดจากการมีแผลฝีเย็บ มีโอกาสติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ในระยะยาว ดังนั้น จึงไม่ควรตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร ดังคำกล่าวที่ว่า ควรตัดฝีเย็บไม่เกินร้อยละ 10 แต่การดูแลการคลอดตามแนวคิดการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ยังไม่เป็นที่นิยมในสังคมไทย ทำให้การดูแลการคลอดปกติ ส่วนใหญ่มักได้รับการปฏิบัติกิจกรรมแบบกิจวัตร

จากการศึกษาแนวคิดการคลอดปกติ และทบทวนผลงานวิจัย สามารถสรุป ความหมายแนวคิดเกี่ยวกับการคลอดปกติได้ว่า การคลอดปกติเป็นกระบวนการคลอดทางช่องคลอดตามกลไกทางธรรมชาติ โดยไม่รบกวนการทำงานตามปกติและไม่ใช้หัตถการหรือเทคโนโลยี เกินความจำเป็น โดยให้ผู้คลอดช่วยเบ่งเองโดยไม่เร่งเร้า ผู้คลอดใช้ความสามารถในการคลอดเองอย่างเต็มที่ โดยไม่ตัดฝีเย็บช่วยคลอด ทำให้แผลฝีเย็บฉีกขาดน้อยกว่าการตัดฝีเย็บช่วยคลอด ผู้คลอดปวดฝีเย็บน้อยกว่า ดังนั้นควรเตรียมความพร้อมของร่างกาย จิตใจก่อนคลอด เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้คลอดและพยาบาล ทำให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือที่ดี อีกทั้งผู้คลอดลดความกลัววิตกกังวลของผู้คลอดลงได้

ดังนั้น การตัดฝีเย็บ จึงควรปฏิบัติเฉพาะในรายที่ต้องมีการทำหัตถการช่วยคลอด หรือกรณีที่ผู้คลอดและทารกอยู่ในภาวะคับขัน (Maternal and fetal distress) โดยไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอดทุกราย (Nkwabong & Kouam, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก

(WHO, 1996) ประกาศไว้ว่า การคลอด เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาของผู้คลอดที่เป็นไปตามธรรมชาติ ควรตัดฝีเย็บไม่เกินร้อยละ 10

แนวคิดเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บ

ความหมายของการตัดฝีเย็บ

การตัดฝีเย็บ หมายถึง การตัดบริเวณรูเปิดของช่องคลอด เพื่อช่วยขยายปากช่องคลอดให้กว้างขึ้นในช่วงที่กำลังมีการเบ่งคลอด ซึ่งจะทำได้ในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด เพื่อป้องกันการฉีกขาด ผู้ทำคลอดนิยมตัดฝีเย็บ (Episiotomy) ในการช่วยคลอด ทำเมื่อศีรษะทารกมาตุงที่ฝีเย็บมองเห็นศีรษะทารกโผล่ให้เห็นที่ปากช่องคลอด ประมาณ 3-4 เซนติเมตร โดยทำการตัดขณะที่คุณคลอดเบ่ง (สุรีย์พร กฤษเจริญ และคณะ, 2555 ข) ถ้าตัดเร็วเกินไป ส่วนนำของทารกยังไม่กดแผลจะทำให้เสียเลือดมาก บางรายที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ตลอดระยะเวลาการคลอด อาจพิจารณาไม่ต้องตัดฝีเย็บได้ วัตถุประสงค์ของการตัดฝีเย็บเพื่อที่จะเพิ่มความกว้างของช่องคลอด ลดระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด เพื่อสะดวกในการห่อหุ้มหรือเพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บเพิ่มขึ้น เนื่องจากฝีเย็บบางรายมีลักษณะสั้น ไม่ยืดหยุ่น (Schantz, 2015) ซึ่งการตัดฝีเย็บถือเป็นหัตถการที่ปฏิบัติกันมากที่สุดในทางสูติศาสตร์เป็นอันดับ 2 รองจากการตัดสายสะดือทารกแรกเกิด ซึ่งการตัดฝีเย็บเทียบได้กับการฉีกขาดของฝีเย็บ ในระดับที่ 2 (Hartmann et al., 2005) ทำให้พบอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บสูง ถึงแม้ว่าจะมีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้คลอด และมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นสูง จากการสำรวจอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บพบว่าทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 30-63 ในผู้คลอดครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 93 (Lowenstein et al., 2005) ส่วนประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บ โดยเฉพาะในผู้คลอดครั้งแรก พบว่าสูงถึงร้อยละ 90 (เนาวรัตน์ แก้วนกลีการณ และคณะ, 2553) และจากการทบทวน ศึกษางานวิจัยไม่พบถึงประโยชน์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร หากแต่พบว่า การตัดฝีเย็บ ควรกระทำเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น ไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บทุกราย (WHO, 1996)

จากการศึกษาผลการวิจัยเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น หรือข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการจัดการฝีเย็บมีการฉีกขาดของช่องคลอดน้อยกว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลฝีเย็บตามปกติ (อำภพร ผิวอ่อน, ฉวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจณี พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบุลย์ (2555) ที่กล่าวว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอดตามวิถีธรรมชาติ พบว่า มีการฉีกขาดของแผลฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บ และการศึกษาของ ชุติ บุญเลิศ (2557) กล่าวว่า การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่

ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่เพิ่มภาระหรือรบกวนการทำงานปกติของพยาบาลผู้ปฏิบัติ อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายและภาระงานในการเย็บแผลฝีเย็บอีกด้วย

สรุปได้ว่า การคลอดในโรงพยาบาลปัจจุบันพบว่า ผู้คลอดยังได้รับการดูแลการคลอด และการตัดฝีเย็บช่วยคลอดที่ทำเป็นกิจวัตร (Routine episiotomy) เป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากรายงานผลการวิจัยต่างๆ ว่าเป็นสิ่งที่ไม่มีความจำเป็น ไม่ควรปฏิบัติ ผู้ทำคลอดสามารถประเมินได้ว่าผู้คลอดครั้งแรกไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอดทุกรายหรือกระทำในรายที่จำเป็นเท่านั้น เช่น ทารกตัวโต คลอดติดไหล่ ทารกมีภาวะเครียด หรือมีการใช้หัตถการช่วยคลอด (Carroli & Mignini, 2009) เป็นต้น

ข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บ การตัดฝีเย็บมีประโยชน์ ในการช่วยลดอันตรายต่อสมองทารก ป้องกันการหย่อนยานของพื้นที่เชิงกราน ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการระยะที่ 2 ของการคลอด ควรพิจารณาดังนี้ (Nkwabong & Kouam, 2012)

1. ทารกอยู่ในภาวะเครียด คับขัน (Stress)
2. ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโต ทารกคลอดติดไหล่
3. การป้องกันการฉีกขาด หากปล่อยให้ฉีกขาดเองโดยไม่ตัดฝีเย็บ อาจเกิดการฉีกขาดรุนแรงทำให้ช้ำอัมแขนงยาก
4. ฝีเย็บที่มีลักษณะยืดขยายยาก เช่น ฝีเย็บหนา แข็ง อาจทำให้การคลอดในระยะที่ 2 ลำบาก
5. ทารกที่มีส่วนนำผิดปกติ เช่น ท่าก้น หรือการใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ การใช้คีมช่วยคลอด

การบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บ (Perineal trauma) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด จากกระบวนการคลอด เช่น การตัดฝีเย็บเพื่อช่วยเพิ่มช่องทางคลอด และการฉีกขาดเองจากการคลอด จากอุบัติเหตุการฉีกขาด พบว่า ผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดมักมีการบาดเจ็บของฝีเย็บถึง ร้อยละ 85 และร้อยละ 51-71 ต้องได้รับการซ่อมแซมฝีเย็บ สาเหตุการฉีกขาดของฝีเย็บ เกิดจากการคลอดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ศีรษะทารกผ่านช่องเชิงกรานอย่างรวดเร็ว ศีรษะทารกถูกกดลงมาที่ฝีเย็บมาก การป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ คือ ระวังอย่าให้ศีรษะทารกผ่านช่องคลอดเร็วเกินไป ใช้มือกดท้ายทอย ให้ทารกก้มแล้วเบ่งช้า ๆ ผู้คลอดไม่เบ่ง ขณะทำคลอดไหล่ Save perineum อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ

ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ แยกประเภทการฉีกขาดของฝีเย็บ แบ่งได้เป็น 4 ระดับ (WHO, 1996)

1. การฉีกขาดระดับที่หนึ่ง (First degree tear) หมายถึง การฉีกขาดชั้นผิวหนังของฝีเย็บ และเยื่อช่องคลอด โดยไม่มีความเสียหายต่อก้ามเนื้อฝีเย็บ

2. การฉีกขาดระดับที่สอง (Second degree tear) หมายถึง การฉีกขาดในระดับที่หนึ่ง ร่วมกับการฉีกขาดของก้ามเนื้อฝีเย็บ และก้ามเนื้อช่องคลอด โดยไม่มีความเสียหายต่อก้ามเนื้อหูรูดทวาร

3. การฉีกขาดระดับที่สาม (Third degree tear) หมายถึง การฉีกขาดในระดับที่สอง ร่วมกับการฉีกขาดบางส่วนหรือทั้งหมดของก้ามเนื้อหูรูดและผนังก้นทวาร

4. การฉีกขาดระดับที่สี่ (Fourth degree tear) หมายถึง การฉีกขาดในระดับที่สามร่วมกับการฉีกขาดเข้าไปในทวารหนัก

ลักษณะการฉีกขาดของฝีเย็บจากการคลอด คือ การฉีกขาดของฝีเย็บจากการคลอด ทางช่องคลอดมีได้ 3 ลักษณะ คือ การฉีกขาดที่เกิดจากการคลอดเอง (Spontaneous tear) การฉีกขาดที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ เพื่อช่วยเพิ่มขนาดของช่องทางคลอด (Episiotomy tear) การฉีกขาดที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ เพื่อช่วยคลอดแล้วมีการฉีกขาดเพิ่มขณะคลอด (Extension of an episiotomy tear)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ

1. มีเลือดออกจากแผลฝีเย็บ (Bleeding) เนื่องจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณฝีเย็บถูกตัดขาด ถ้าเย็บซ่อมแซมไม่ดีพอจะมีเลือดออกมาก

2. แผลฝีเย็บบวมเลือด (Hematoma) ถ้าเส้นเลือดที่ถูกตัดขาดไม่ได้รับการซ่อมแซม แต่แผลปิดสนิทดี เลือดจะออกมาค้างอยู่ใต้เนื้อเยื่อ มีปริมาณมากถึง 250-500 มิลลิลิตร มองเห็นเป็นสีม่วงคล้ำ

3. ความเจ็บปวดของฝีเย็บ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รบกวนผู้คลอดทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย อาการปวดแผลจะอยู่ประมาณ 1-3 วันหลังคลอด

4. การติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ จะเห็นขอบแผลแดง บวม แฉก รอยแผลที่เย็บไว้จะปริหรือแตกออกจากกัน

อย่างไรก็ตาม การตัดฝีเย็บควรกระทำในช่วงเวลาที่เหมาะสม การตัดฝีเย็บเร็วเกินไป อาจทำให้เสียเลือดมากเกินความจำเป็น ทำให้เลือดไหลออกมาเรื่อย ๆ ถึง 200-250 มิลลิลิตร (Sooklim et al., 2007) แต่ถ้าตัดช้าเกินไปก็ไม่สามารถป้องกันการฉีกขาดได้ ทำให้ซ่อมแซมยาก แผลอาจติดไม่ดี

การเย็บแผลฝีเย็บ (Perineorrhaphy)

ภายหลังรกลอด แผลฝีเย็บที่มีการฉีกขาดควรได้รับการประเมินความรุนแรงของการฉีกขาด ก่อนทำการเย็บควรตรวจสภาพแผลก่อนว่ามีการฉีกขาดที่บริเวณใดเพิ่มเติมจากที่ตัดเอาไว้และรีบเย็บซ่อมแซมทันที

วัตถุประสงค์ของการซ่อมแซมฝีเย็บ มีดังนี้

1. เพื่อมิให้เสียเลือดมากเกินไปจนจำเป็น
2. เพื่อให้แผลติดเร็วขึ้น
3. เพื่อให้พื้นเชิงกรานกลับสู่สภาพเดิม

แนวคิดการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (Routine episiotomy)

การตัดฝีเย็บตามกิจวัตร เป็นหัตถการที่นิยมปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายที่ทำกันมานาน จากอดีตถึงปัจจุบัน เนื่องจากเชื่อว่าการตัดฝีเย็บมีประโยชน์มากมายหลายประการ เพื่อช่วยให้ช่องทางคลอดกว้างขึ้น สะดวกแก่การผ่านของทารก ป้องกันการฉีกขาดหรือลดการฉีกขาดที่รุนแรง และง่ายต่อการซ่อมแซม ทำให้การตัดฝีเย็บปฏิบัติกันจนเป็นกิจวัตร จากผลการศึกษาพบว่า การที่ยังคงมีการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรในผู้คลอดที่มาคลอดทุกรายก็ด้วยความเชื่อที่ว่า การตัดฝีเย็บมีประโยชน์ที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. เพื่อสะดวกในการเย็บซ่อมแซม เพราะแผลที่ฉีกขาดจากการตัดฝีเย็บมักมีแนวเรียบ ไม่ฉีกขาดกระรุ่งกระรุ่งเหมือนแผลที่ฉีกขาดเอง
2. ทำให้แผลมีอาการเจ็บปวดน้อยลง มีการซ่อมแซม และการหายของแผลเร็วขึ้น
3. เพื่อป้องกันการฉีกขาดของปากช่องคลอด ช่องคลอด กล้ามเนื้อพื้นของอุ้งเชิงกราน

Anal spincter และ Rectal mucosa

4. เพื่อลดอันตรายต่อศีรษะทารกจากการถูกกดเป็นเวลานานในระยะที่สองของการคลอด

การตัดฝีเย็บตามกิจวัตรก่อให้เกิดการบาดเจ็บและผลกระทบต่อตัวผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าบาดแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ ทำให้เกิดความเจ็บปวด เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว โดยพบว่า ผู้คลอดร้อยละ 96.4 มีอาการเจ็บปวดฝีเย็บในวันแรก ร้อยละ 63 ใน 10 วันหลังคลอด ร้อยละ 25 ใน 40 วันหลังคลอด และร้อยละ 12 ใน 3 เดือนหลังคลอด ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอด พบว่าไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ ร้อยละ 60 ฝีเย็บฉีกขาดระดับ 1 ร้อยละ 35.47 ฝีเย็บฉีกขาดระดับ 2 ร้อยละ 4.53 และไม่พบการฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนัก ระดับ 3 และระดับ 4 (ชูลี บุญเลิศ, 2557) ส่วนแผลฝีเย็บที่ฉีกขาดเอง มีความเล็กน้อยกว่าการตัดฝีเย็บ

ทำให้ลดระยะเวลาในการเขีบนแผล ภาระงานลดลง มีเวลาในการดูแลผู้คลอดเพิ่มขึ้น ให้ลูกเริ่มกินนมแม่ได้เร็วขึ้น (ชูลี บุญเลิศ, 2557) นอกจากนั้น การมีแผลฝีเย็บยังทำให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้อแผลฝีเย็บขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การดูแลรักษาความสะอาด ลักษณะบาดแผลมีการชอกช้ำ และภาวะสุขภาพของผู้คลอด มักพบอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลฝีเย็บในรายที่มีการฉีกขาดลึกระดับ 3 และ 4 ถึงร้อยละ 2.8 ส่งผลกระทบด้านจิตใจของผู้คลอด ทำให้เสียเวลาต้องกลับมารักษาแผลหายช้า และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มในการรักษาแผลติดเชื้อ การฉีกขาดของฝีเย็บที่นำมาจากการตัดฝีเย็บทำให้เกิดการสูญเสียเลือดมากกว่าการฉีกขาดเองของฝีเย็บ เนื่องจากการตัดฝีเย็บ เทียบได้กับการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 2

แนวคิดการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น (Restrictive episiotomy)

องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ว่า ในการทำคลอดปกติ ผู้ทำคลอดควรตัดฝีเย็บไม่เกิน ร้อยละ 10 หรือทำการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นเท่านั้น หรือกรณีที่พบว่ามีข้อบ่งชี้ที่จะต้องรีบทำการคลอดทารก ซึ่งการตัดฝีเย็บส่วนใหญ่จะพบในผู้คลอดครั้งแรก ทั่วโลกพบอัตราการตัดฝีเย็บสูง ร้อยละ 30-63 และสูงถึงร้อยละ 93 ในผู้คลอดครั้งแรก สำหรับประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์การตัดฝีเย็บโดยเฉพาะในผู้คลอดครั้งแรก พบว่า สูงถึงร้อยละ 90 ผู้ทำคลอดส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติตามแนวทางแบบดั้งเดิม คือ ตัดฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรกทุกรายและครรภ์หลังเกือบทุกราย เป็นการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (Routine episiotomy) กล่าวโดยสรุปว่า ระหว่างการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรและการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น พบว่า การตัดฝีเย็บตามกิจวัตรนั้น ทำให้เกิดการฉีกขาดในระดับที่ 2 ทันที และอาจฉีกขาดไปถึงบริเวณหูรูดทวารหนักได้มากกว่า รวมถึงไม่ได้ช่วยป้องกันการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ และยังก่อให้เกิดผลกระทบในระยะสั้น และระยะยาว ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้คลอด เช่น อาการปวด เจ็บตึงแผล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการตัดฝีเย็บช่วยคลอดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นสูงมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้น ผู้ทำคลอดจึงควรตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เพราะอาจทำให้เกิดภาวะก้อนเลือดกั่ง ภาวะตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนมีแผลติดเชื้อ ทำให้ผู้คลอดต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Hartmann et al, 2005)

สรุปได้ว่า การคลอดในโรงพยาบาล ปัจจุบันพบว่า ผู้คลอดครั้งแรกได้รับการดูแล การคลอดและการตัดฝีเย็บช่วยคลอดที่ทำกันเป็นกิจวัตร (Routine episiotomy) เป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากรายงานผลการวิจัยต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งที่ไม่มีความจำเป็น ไม่ควรปฏิบัติ ทั้งที่ผู้ทำคลอดสามารถประเมินได้ว่าผู้คลอดครั้งแรกไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอดทุกราย หรือกระทำในรายที่มีความจำเป็นเท่านั้น เช่น ทารกตัวโต คลอดติดไหล่ ทารกที่มี

ภาวะเครียด ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนของการคลอด หรือมีการใช้เครื่องมือช่วยคลอด (Carroli & Migmil, 2012) เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งแนวคิดดังกล่าว ส่งเสริมให้การคลอดดำเนินไปตามกระบวนการทางธรรมชาติ ในเรื่องของการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ผู้คลอดสามารถมีส่วนร่วมในการคลอดของตนเอง โดยอาศัยความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลผู้ทำคลอด สามารถลดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นได้ (สุริย์พร กฤษเจริญ และคณะ, 2555) การคลอดเป็นกระบวนการทางสรีระวิทยาของผู้คลอดที่เป็นไปตามธรรมชาติ ในรายที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่จำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมทางการแพทย์ที่เกินจำเป็น เช่น การตัดฝีเย็บซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่มีประโยชน์และไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ ดังนั้นจึงควรตัดฝีเย็บไม่เกินร้อยละ 10 (WHO, 1996)

ผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บแบบเท่าที่จำเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรม ของ ชุติ บุญเลิศ (2557) พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก สรุปได้ว่า ควรตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก ไม่ควรตัดฝีเย็บทุกราย ดังนั้น การคลอดที่ปล่อยให้ไปตามกลไกธรรมชาติ ผู้คลอดใช้กิจกรรมทางการแพทย์น้อยที่สุด จะทำให้ผู้คลอดฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็ว และเกิดผลเสียทั้งต่อตัวผู้คลอดและทารกน้อยที่สุด จึงได้มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บแบบเท่าที่จำเป็น ดังนี้

1. ปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ

การตัดฝีเย็บซึ่งเป็นเสมือนการทำหัตถการ สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ทำให้เสียเลือดมากขึ้น อาจมีก้อนเลือดคั่ง (Hematoma) และการติดเชื้อที่แผล จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ผลการศึกษาสรุปว่าวิธีที่สามารถป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการตัดฝีเย็บโดยไม่จำเป็น ส่งเสริมการคลอดปกติ จากการศึกษาของ สุริย์พร กฤษเจริญ และคณะ (2555) เกี่ยวกับผลของการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรก พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอด โดยตัดฝีเย็บตามกิจวัตร มีปริมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอด โดยตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บ มีการสูญเสียเลือดได้ประมาณ 250 มิลลิลิตร (Sooklim et al., 2007) ส่วนผู้คลอดที่มีการฉีกขาดเองของฝีเย็บจำนวนเลือดที่ออกประมาณ 200 มิลลิลิตร ขึ้นอยู่กับขนาด

และความลึกของแผลฝีเย็บ นอกจากนั้น อาการเจ็บปวดแผลฝีเย็บยังก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อมารดาหลังคลอด เคลื่อนไหวลำบาก ทั้งการนั่ง ยืน หรือเดิน ผู้คลอดช่วยเหลือตนเองได้น้อย ขัดขวางการให้นม ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา-ทารกได้ล่าช้า การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลแผลฝีเย็บและแผลแยก

2. ระดับการนิกลาถของฝีเย็บ

ในปัจจุบันพบว่า มีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่า การตัดฝีเย็บตามกิจวัตร ไม่ได้ช่วยป้องกันการนิกลาถและการบาดเจ็บของฝีเย็บ (Renfrew, Hannah, Albers, & Floyd, 1998) และไม่ได้ป้องกันการหย่อนยานของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน (Dannecker, Hilemanns, Strauss, Hasbaren, Hepp, & Anthuber, 2005) แต่กลับเพิ่มอุบัติการณ์การนิกลาถของฝีเย็บในระดับ 3 และ 4 ได้มากกว่าการไม่ตัดฝีเย็บ

สุริย์พร กฤษเจริญ และคณะ (2555) ศึกษาผลของการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการนิกลาถของฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติซึ่งไม่ตัดฝีเย็บ มีระดับการนิกลาถน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บ สำหรับการนิกลาถของฝีเย็บและหูดทวารหนัก ในผู้คลอดที่ไม่ได้รับการตัดฝีเย็บช่วยคลอดมีการนิกลาถน้อยกว่า ผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บ สำหรับการนิกลาถของช่องคลอด พบว่าการตัดฝีเย็บทำให้มีการนิกลาถของอวัยวะบริเวณด้านหลังของฝีเย็บ มากกว่าการไม่ตัดฝีเย็บ แต่การไม่ตัดฝีเย็บทำให้มีการนิกลาถของอวัยวะด้านหน้าของฝีเย็บ เช่น Labia clitoridis urethra และผนังช่องคลอดด้านหน้ามากกว่า นอกจากนี้การตัดฝีเย็บยังทำให้ผู้คลอดเจ็บตึงฝีเย็บ มีผลทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล่าช้า ดังการศึกษาที่พบว่า การเจ็บปวดแผลฝีเย็บเป็นปัจจัยทำนายการให้ทารกดูดนมแม่ช้าที่สำคัญที่สุด และมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมให้ผู้คลอดได้ให้นมแม่ได้เร็ว โดยหลีกเลี่ยงการตัดฝีเย็บ ผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บในครั้งแรก มีโอกาสเสี่ยงในการนิกลาถของฝีเย็บในระดับรุนแรง ตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไปในการคลอดครั้งที่ 2 มากกว่ารายที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บถึง 5 เท่า (ชวลี บุญเลิศ, 2557) ส่วนผู้คลอดที่มีการนิกลาถของฝีเย็บระดับ 3 และ 4 ถึงแม้จะมีการเย็บซ่อมแซม ก็ยังคงมีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ถึงร้อยละ 30-40 ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บ พบว่า การตัดฝีเย็บตามกิจวัตร เป็นปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บของฝีเย็บซึ่งมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 73 ในขณะที่การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 28 การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นเมื่อมีข้อบ่งชี้มีประโยชน์มากกว่าในด้านการลดการบาดเจ็บของฝีเย็บ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการตัดฝีเย็บโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Carroli & Belizan, 1999; Hartmann et al., 2005) เนื่องจากไม่พบประโยชน์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อีกทั้งยังเป็นอันตรายที่ควรหลีกเลี่ยง (WHO, 1996)

3. ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด (The stage of expulsion)

ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด คือ ระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร จนถึงทารกคลอดออกมาหมดทั้งตัว ระยะเวลาสำหรับครรภ์แรกประมาณ 1 ชั่วโมงไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังประมาณ 30 นาที ไม่ควรนานเกิน 60 นาที ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดเป็นระยะเวลาที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้คลอดและทารก ต้องมีการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้คลอดที่มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดยาวนาน นอกจากจะทำให้ผู้คลอดเจ็บปวดทรมาน ยังอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ผู้คลอดเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการเบ่งคลอด เป็นระยะเวลายาวนาน มีการตัดฝีเย็บช่วยคลอด หรือมีการใช้หัตถการช่วยคลอด อาจส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดได้ มดลูกหดตัวไม่ดีจากการเจ็บครรภ์ยาวนาน ก็ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทารก เช่น ทารกอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์และอาจเสียชีวิตได้หลังคลอดจากภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2553) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุณิดา ชัยดิกุล, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร และอมพร รตินธร (2555) ที่กล่าวว่า การช่วยคลอดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดยาวนาน การตัดฝีเย็บ เพื่อช่วยลดอันตรายต่อศีรษะทารกจากการถูกกดเป็นเวลานาน ในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งยังไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนความเชื่อนี้

4. คะแนนแอฟการ์ของทารกแรกเกิด

คะแนนแอฟการ์ หมายถึง ค่าคะแนนที่ใช้ประเมินทารก ในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 หลังคลอด เพื่อประเมินภาวะการช่วยหายใจในทารก โดยให้คะแนนดังนี้ (The American College of Obstetricians and Gynecologists; ACOG 2015)

1. อัตราการเต้นของหัวใจ (Pulse) ถ้าไม่มีให้ 0 คะแนน ถ้ามีน้อยกว่า 100 ครั้ง/ นาที ให้ 1 คะแนน ถ้ามีมากกว่า 100 ครั้ง/ นาที ให้ 2 คะแนน
2. การหายใจ (Respiratory rate) ถ้าไม่หายใจให้ 0 คะแนน ถ้าหายใจช้าไม่สม่ำเสมอ ให้ 1 คะแนน ถ้าร้องเสียงดังดี ให้ 2 คะแนน
3. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ หรือการเคลื่อนไหวของแขนขา (Activity) ถ้าอ่อนปวกเปียกให้ 0 คะแนน ถ้าแขน ขา งอเล็กน้อยให้ 1 คะแนน ถ้าแข็งแรง เคลื่อนไหวได้ดีให้ 2 คะแนน
4. การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (Grimace) ถ้าไม่มีการตอบสนองให้ 0 คะแนน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสีหน้าให้ 1 คะแนน ถ้าไอ จามให้ 2 คะแนน

5. สีผิว (Appearance) ถ้าเขียว ซีดทั้งตัวให้ 0 คะแนน ถ้าตัวสีชมพู แขน ขาเขียว ให้ 1 คะแนน ถ้าชมพูทั้งตัวให้ 2 คะแนน

การตรวจสภาพทารกแรกเกิดโดยใช้แอฟการ์สกอร์ เพื่อประเมินทารกว่ามีภาวะขาดออกซิเจนหรือไม่ และต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด โดยการรวบรวมคะแนนจากการประเมินนาที่ที่ 1 จะบ่งชี้ถึงภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดและความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับระบบหายใจ ส่วนคะแนนนาที่ที่ 5 เป็นการประเมินผลของการแก้ไขในระยะแรก และบอกถึงผลเสียทางระบบประสาท ความผิดปกติ ความพิการในอนาคตของทารก รวมทั้งโอกาสการรอดชีวิตจากการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ ถ้า คะแนนแอฟการ์สกอร์นาที่ที่ 1 ต่ำ การตายและความพิการของร่างกายมีอัตราเสี่ยงสูง (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2553)

ผลการวิจัยค่าคะแนนแอฟการ์ของทารกในนาที่ที่ 5 พบว่า ผู้คลอดที่ไม่ตัดฝีเย็บ มีค่าคะแนนแอฟการ์ในนาที่ที่ 5 มากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บ (สุรีย์พร กฤษเจริญ และคณะ, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาผลงานวิจัย ด้านคะแนนแอฟการ์ในทารกแรกเกิดสรุปได้ว่า ระยะที่ 2 ของการคลอดซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญ และเชื่อว่ามีผลต่อคะแนนแอฟการ์ในทารกแรกเกิด ในนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ซึ่งสอดคล้องกับ สุนิดา ชัยติกุล และคณะ (2555) ที่กล่าวว่า การช่วยคลอดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้ระยะเวลาการคลอดยาวนาน แต่การตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดอันตรายต่อศีรษะทารกจากการถูกกดเป็นเวลานานในระยะที่ 2 ของการคลอด ยังไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนความเชื่อนี้

ความคิดเห็นของพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเหตุผลของผู้ทำคลอดกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น หรือการไม่ตัดฝีเย็บในผู้คลอด พบว่า แพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ยังมีความเชื่อว่าการตัดฝีเย็บเป็นการช่วยให้คลอดได้เร็ว ถึงแม้จะพบว่ามียารายงานเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น ในประเทศกัมพูชามีความเชื่อที่ผิดว่า ฝีเย็บของผู้หญิงนั้นสั้นและมีความยืดหยุ่นได้น้อย อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บได้มากกว่าการไม่ตัดฝีเย็บ ปี ค.ศ. 2014 ประเทศกัมพูชาได้มีการศึกษาย้อนหลังโดยใช้คำถามเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร ทั้งที่ไม่มีข้อบ่งชี้หรือประโยชน์ในการปฏิบัติ ทั้งในแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ พบว่า หากไม่ตัดฝีเย็บช่วยคลอด กลัวว่าจะเกิดการฉีกขาดที่รุนแรง ยากต่อการซ่อมแซม รวมถึงเชื่อว่าฝีเย็บที่สั้นและไม่มีความยืดหยุ่นของผู้หญิงเอเชีย จำเป็นต้องมีการตัดฝีเย็บช่วยคลอดเพื่อช่วยให้การคลอดได้ง่าย ลดการฉีกขาดของฝีเย็บ ซึ่งการบาดเจ็บและฉีกขาดของฝีเย็บ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในการคลอดทางช่องคลอด ทำให้ผู้คลอดมีอาการ

เจ็บแผล รบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน ขัดขวางการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก ดังนั้นการนวดฝ่าเท้าในระยะคลอด ระยะที่ 1 และ 2 จึงสามารถลดการหนีขาของฝ่าเท้า และลดอุบัติการณ์การตัดฝ่าเท้าได้ (สมจิตร เมืองพิล, 2556)

ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาจากงานวิจัยต่าง ๆ ที่ยอมรับว่า การตัดฝ่าเท้าที่จำเป็นมีผลดี และเกิดประโยชน์ต่อตัวผู้คลอดก็ตาม จากความคิดเห็นของพยาบาลในการตัดฝ่าเท้าที่จำเป็น ในผู้คลอดครั้งแรก พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการตัดฝ่าเท้าที่จำเป็น เพราะการตัดฝ่าเท้าตามกิจวัตรทำให้เกิดการหนีขาอย่างน้อยถึงระดับ 2 ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้คลอด เช่น อาการปวด เจ็บตึงแผล สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ สุรีย์พร กฤษเจริญ และคณะ (2555) ที่กล่าวว่า การหนีขาของฝ่าเท้าที่นำมาจากการตัดฝ่าเท้า ทำให้เกิดการสูญเสียเลือดมากกว่าการหนีขาของฝ่าเท้า เนื่องจากการตัดฝ่าเท้า เทียบได้กับการหนีขาของฝ่าเท้าระดับ 2 เมื่อมีแผลฝ่าเท้า ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น เช่น เกิดภาวะก้อนเลือดคั่ง แผลฝ่าเท้าติดเชื้อ ผู้คลอดต้องนอนโรงพยาบาลนาน สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น (Hartmann et al., 2005)

ผลการศึกษางานวิจัยทัศนคติ หรือความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดต่อผู้คลอด ที่ส่งเสริมให้คลอดตามธรรมชาติ โดยไม่ตัดฝ่าเท้าช่วยคลอด จากการศึกษาความรู้ ทัศนคติและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว พบว่า หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว มีความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อการรับรู้การคลอด (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และรัชนิวรรณ รอส, 2551) ฉะนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีหน้าที่ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้คลอดได้ใช้ความสามารถ สัญชาตญาณในการคลอดอย่างเต็มที่ ปราศจากการรบกวนหรือแทรกแซง รังไร ด้วยรูปแบบ วิธีการ หรือการใส่ยาใด ๆ นอกเสียจาก มีข้อบ่งชี้หรือความจำเป็นเท่านั้น (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาผลการวิจัยด้านความคิดเห็นและทัศนคติของพยาบาล สรุปได้ว่า พยาบาลเห็นด้วย และมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดโดยการตัดฝ่าเท้าที่จำเป็น ถึงแม้ครั้งแรกจะเชื่อว่า ผู้คลอดครั้งแรกต้องช่วยคลอดโดยการตัดฝ่าเท้า ทำให้ปฏิบัติการดูแลผู้คลอดโดยการตัดฝ่าเท้าตามกิจวัตร เมื่อนำแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่กล่าวว่า ควรตัดฝ่าเท้าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ทำให้พบว่า การคลอดเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาของผู้คลอดที่เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องตัดฝ่าเท้าช่วยคลอด ในรายที่มีความเสี่ยงต่ำ สามารถปฏิบัติได้จริง ส่งผลดีต่อผู้คลอดและทารก

แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันโรงพยาบาลบางปะกงเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 90 เตียง มีสูติแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ดำเนินงานตามนโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก สถิติการคลอดมีผู้มาใช้บริการคลอดเฉลี่ย 1,192 ราย/ปี คลอดปกติเฉลี่ยร้อยละ 83.35 ผ่าตัดคลอดเฉลี่ย ร้อยละ 12.30 ใช้เครื่องมือช่วยคลอดเฉลี่ยร้อยละ 4.35 ปัญหาและ

อุปสรรคที่เกิดขึ้น คือ ทั้งด้านผู้ให้บริการและด้านผู้รับบริการ รวมถึงบริบทของโรงพยาบาล บางปะกง ปี พ.ศ. 2556 ห้องคลอดได้มีการเริ่มทดลองนำแนวคิดเกี่ยวกับการไม่ตัดฝีเย็บ โดยเริ่มจากผู้คลอดครรภ์หลัง พยาบาลผดุงครรภ์บางคนที่ยังไม่มีความรู้ ประสบการณ์ เกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีทั้งกล้าที่จะปฏิบัติโดยเริ่มจากผู้คลอดที่เป็นครรภ์หลังก่อน เมื่อพบว่า แนวคิดการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นสามารถปฏิบัติได้จริง ไม่เกิดผลเสียต่อมารดาและทารก มารดาเสียเลือดน้อย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ผู้คลอดสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในเวลารวดเร็ว ตั้งแต่การให้นมแม่ได้ภายใน 30 นาทีแรกหลังคลอด ทั้งยังช่วยลดระยะเวลาในการทำงานจากการเย็บแผล ทำให้พยาบาลผดุงครรภ์บางคนเริ่มเปลี่ยนทัศนคติต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น เริ่มทำคลอดโดยไม่ตัดฝีเย็บในผู้คลอดทุกราย ที่ผ่านประเมินจากพยาบาลผดุงครรภ์แล้ว ในรายที่มีความเสี่ยงต่ำ แต่อุปสรรคที่พบจากการทบทวนระบบการปฏิบัติงานของหน่วยงานสูติกรรม พบว่า บริบทงานห้องคลอดที่รับบริการผู้คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพเวลละ 3 คน ในเวรเช้ารวมหัวหน้างาน เวรบ่าย-ดึก เวลละ 2 คน บางวันภาระงานมาก จากปริมาณของผู้คลอดทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง เนื่องจากต้องเร่งปฏิบัติงานเพื่อให้ทันต่อการดูแลผู้คลอดทุกรายแนวคิดการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น จากงานวิจัยต่าง ๆ เป็นที่ยอมรับสนับสนุน เพื่อผลดีทั้งต่อตัวผู้คลอดและทารก หากแต่ยังไม่เป็นนโยบายที่ชัดเจนและปฏิบัติต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ ห้องคลอดโรงพยาบาลบางปะกงมีแนวคิดที่ดี มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ จึงไม่ยากต่อการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้คลอดและทารก เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และพัฒนาให้ต่อเนื่องเป็นนโยบายให้ชัดเจนในระยะยาวต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรกตามกิจวัตร และการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก และใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 แพ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรก ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน โดยตัดฝีเย็บตาม และแพ้มประวัติการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น และกำหนดให้มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ โดยเป็นผู้คลอด และทารกในครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk pregnancy) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น ในทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ทั้งหมด จำนวน 1192 แพ้ม (จากรายงานข้อมูลการลงทะเบียนคลอดของ โรงพยาบาลบางปะกง)

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 แพ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรก ที่ได้จากการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรจำนวน 174 แพ้ม และแพ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้จากการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นจำนวน 174 แพ้ม คำนวณหาจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power analysis) สำหรับการทดสอบที่ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Level of power) เท่ากับ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ซึ่งมีอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect) ที่ .03 จากการเปิดตารางได้จำนวนแพ้มกลุ่มละ 174 แพ้ม ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามรายปี

ปี พ.ศ.	กลุ่มตัวอย่างการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (แฟ้ม)		กลุ่มตัวอย่างการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น (แฟ้ม)	
	จำนวนจริง	ขนาดตัวอย่าง	จำนวนจริง	ขนาดตัวอย่าง
2556	313	56	51	40
2557	270	48	114	90
2558	289	52	40	31
ต.ค 58-ม.ค59	98	18	17	13
รวม	970	174	222	174

การสุ่มตัวอย่าง สำหรับแฟ้มประวัติผู้คลอดใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และแฟ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 และสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง จำนวน 7 คน ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 พยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง จำนวนทั้งหมด 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แฟ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และแฟ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น
2. แบบรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บ จากแฟ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และแฟ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ได้แก่ ปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ ระดับการนิกษาดของฝีเย็บ ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และคะแนนแอฟการ์ นาทิที่ 1 และนาทิตที่ 5 ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย มีรายละเอียดดังนี้
 - 2.1 ปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ วัดเป็นมิลลิลิตร
 - 2.2 ระดับการนิกษาดของฝีเย็บ แบ่งได้เป็น 4 ระดับ
 - 2.3 ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด นับเป็นนาทิต
 - 2.4 คะแนนแอฟการ์ มีตั้งแต่ 0-10 คะแนน

3. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด
4. แบบสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ประกอบด้วย ประเด็นคำถาม 6 ข้อดังนี้
 - 4.1 ความคิดเห็นต่อข้อบ่งชี้การตัดฝีเย็บ
 - 4.2 ความคิดเห็นต่อวิธีการป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ
 - 4.3 การทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น
 - 4.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมการคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นได้สำเร็จ
 - 4.5 ข้อจำกัด/ อุปสรรคที่ไม่สามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น
 - 4.6 แนวทาง/ นโยบายในการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ 1 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาเมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอนตลอดการศึกษา ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ ความเคารพในบุคคล (Respect for person) ผลักผลประโยชน์ (Benefit) และหลักความยุติธรรม (Justice) โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยเพื่อขอการรับรองด้านจริยธรรมทำการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติบันทึกข้อมูลในทะเบียนคลอด ที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถือเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งทุกคำตอบจากแบบสอบถามปลายเปิดของพยาบาลห้องคลอดทั้ง 7 คน ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะทำลายภายหลังจากเสร็จสิ้นการเขียนรายงานและตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลในเวชระเบียน และสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

1. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปะกง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูล แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของแม่ประวัตินักคลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และแม่ประวัตินักคลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

2. สัมภาษณ์พยาบาลห้องคลอดตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดย สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการคลอดของผู้คลอด วิเคราะห์โดยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บ วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบทีและไคสแควร์
3. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล วิเคราะห์โดยสถิติ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ความคิดเห็นของพยาบาล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรกตามกิจวัตร และการตัดฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรกเท่าที่จำเป็น โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้คลอด กลุ่มละ 174 แฟ้ม รวมทั้งหมด 348 แฟ้ม และการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดเป็นรายบุคคล ทั้งหมดจำนวน 7 คน พร้อมบันทึกเสียง เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้คลอด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องคลอด

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้คลอด

ผลการศึกษา พบว่า แฟ้มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 174 แฟ้ม กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร มีอายุเฉลี่ย 21.81 ปี (SD = 4.87) กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีอายุเฉลี่ย 20.71 ปี (SD = 4.19) กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช จำนวน ๓- ราย คิดเป็นร้อยละ 53.44 กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมต้น จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 62.64 กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/ โรงงานจำนวน 102 รายคิดเป็นร้อยละ 56.6 รองลงมาคือ แม่บ้าน จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.86 และนักเรียน จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.51 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านจำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.82 รองลงมา พนักงานบริษัท/ โรงงานจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.35 ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้คลอด	กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บ ตามกิจวัตร (n = 174)		กลุ่มที่ได้รับการตัดฝี เย็บเท่าที่จำเป็น (n = 174)		t / χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)			
อายุ (ปี)	(M = 21.81, SD = 4.87)		(M = 20.71, SD = 4.19)		t = 2.263	.024
อายุเฉลี่ย	Range= 14-42		Range =14-33			
14-20	78	44.82	99	56.89		
21-25	64	36.80	52	29.90		
26-30	20	11.49	19	10.91		
31-35	10	5.75	4	2.30		
>35	2	1.14	0	0		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมต้น	65	37.35	109	62.64	$\chi^2 = 35.72$	<. 001
มัธยมปลาย/ ปวช	93	53.44	56	32.18		
ปวส/ ป.ตรี	16	9.19	8	4.59		
อาชีพ						
แม่บ้าน	45	25.86	78	44.82	$\chi^2 = 33.68$	<. 001
นักเรียน	27	15.51	20	11.49		
ค้าขาย/ รับจ้าง	0	0	11	6.32		
พนักงานบริษัท/ โรงงาน	102	56.62	65	37.35		

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก พบว่า ปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น อยู่ในช่วง 100-350 มิลลิลิตร และกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อยู่ในช่วง 150-700 มิลลิลิตร ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ใช้ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) คะแนนแอฟการ์น่าที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น และกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร ไม่แตกต่างกัน

ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรและกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ผลลัพธ์	กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (n = 174)		กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น (n = 174)		t	p – value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บ	M = 343.04, SD = 74.54		M = 248.39, SD = 62.09		12.87	< .001
	Range = 150-700 ซีซี		Range = 100-350 ซีซี			
100-250	25	14.36	113	64.95		
251-500	147	84.50	61	35.05		
> 500	2	1.14	0	0		
ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด	M = 22.51, SD = 15.45		M = 17.62, SD = 9.35		3.56	< .001
	Range = 4-92 นาที		Range = 5-54 นาที			
คะแนนแอฟการ์น่าที่ที่ 1	M = 9.79, SD = .44		M = 9.84, SD = .39		-1.14	.253
	Range = 8-10		Range = 8-10			
คะแนนแอฟการ์น่าที่ที่ 5	M = 10.00, SD = .00		M = 10.00, SD = .00		-	-
	Range = 10-10		Range = 10-10			

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ไม่มีการนิกลาของฝีเย็บร้อยละ 37.35 มีการนิกลาระดับ 1 ร้อยละ 25.86 และมีการนิกลาระดับ 2 ร้อยละ 36.78 ในขณะที่ กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร มีการนิกลาของฝีเย็บในระดับ 2 ร้อยละ 99.42 และนิกลาถึงระดับ 3 ร้อยละ 0.58 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับการนิกลาของฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นและกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร พบว่ากลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นมีระดับการนิกลาของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการนิกลาของฝีเย็บระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ผลลัพธ์	กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (n = 174)		กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น (n = 174)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	
ระดับการนิกลาของฝีเย็บ				
ไม่นิกลา	0	0	65	37.35
นิกลาระดับ 1	0	0	45	25.86
นิกลาระดับ 2	173	99.42	64	36.78
(Episiotomy)				
นิกลาระดับ 3	1	0.58	0	0
นิกลาระดับ 4	0	0	0	0

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ผลลัพธ์	กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (n = 174)		กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น (n = 174)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ระดับการศึกษาระหว่างฝีเย็บ					
ไม่ศึกษา-ศึกษาระดับ 1	0	0	110	63.21		
ศึกษาระดับ 2-3	174	100	64	36.79		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องคลอด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล พบว่า พยาบาลห้องคลอดจำนวน 7 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.71 ปี (SD = 9.08) อายุสูงสุดเท่ากับ 52 อายุต่ำสุดเท่ากับ 26 อายุการทำงานพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 16.14 (SD = 10.41) ประสบการณ์การทำงานในห้องคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 13.85 ปี (SD = 7.77) ส่วนจำนวนการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรกเฉลี่ยเท่ากับ 28.57 ราย (SD = 6.90) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 6 คน รองลงมา คือ ปริญญาเอก 1 คน ดังรายละเอียดตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล (n = 7)

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล	Minimum	Maximum	Mean	SD
อายุ	26.00	52.00	37.71	9.08
อายุการทำงานพยาบาล	3.00	32.00	16.14	10.41
ประสบการณ์การทำงานห้องคลอด	3.00	24.00	13.85	7.77
จำนวนผู้คลอดที่ได้ทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก	20.00	40.00	28.57	6.90

ส่วนที่ 4 ผลจากการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอด ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด เกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ผลการสัมภาษณ์พยาบาลห้องคลอด จำนวน 7 คน แบ่งได้เป็น 6 ประเด็นดังนี้

1. ความคิดเห็นต่อข้อบ่งชี้การตัดฝีเย็บ

พยาบาลทุกคนเห็นด้วยกับข้อบ่งชี้การตัดฝีเย็บ สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง เช่น ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ครรภ์ก่อนกำหนด ครรภ์เกินกำหนด ผู้คลอดที่ต้องใช้หัตถการช่วยคลอด ทารกตัวโต ทารกที่มีส่วนนำผิดปกติ เช่น ท่าก้น หรือ ทารกที่เกิดภาวะเครียด เหล่านี้ต้องพิจารณาตัดฝีเย็บช่วยคลอด ส่วนรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ได้จริง ดังคำบอกเล่าว่า “ไม่มีข้อขัดแย้ง เห็นด้วยนะว่าการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น หรือไม่ตัดฝีเย็บช่วยคลอด ก็สามารถทำคลอดได้จริง ๆ และมีผลดีต่อผู้คลอดหลายอย่างเลย อย่างแรก คือ เสียเลือดน้อย เนื่องจากผู้คลอดบางคนไม่มีแผลเลย บางคนมีแผลแต่ไม่ลึกมาก ตอนแรกกลัวแผลไม่สวย เย็บยาก เสียเวลา แต่ทำจริงแล้วพบว่าไม่ยากอย่างที่คิด แผลไม่เยอะ ที่ผ่านมา ทำหลายเคสแล้ว ก็ยังไม่พบปัญหาอะไร แต่เคสไหนที่ประเมินแล้วมีภาวะแทรกซ้อน เราก็ต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอด เพื่อป้องกันความเสี่ยง สามารถประเมินเป็นราย ๆ ไปไม่มีปัญหาอะไร” (พยาบาลคนที่ 3)

จะเห็นว่า ข้อบ่งชี้การตัดฝีเย็บ พยาบาลทุกคนเห็นด้วยว่ารายที่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ สามารถคลอดได้โดยไม่ต้องตัดฝีเย็บ แต่สามารถประเมินได้ว่าผู้คลอดมีภาวะของแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างการรอกคลอด ทำให้ไม่สามารถดำเนินการคลอดไปตามธรรมชาติได้ สามารถประเมินการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นได้ พิจารณาตัดฝีเย็บช่วยคลอดได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

2. ความคิดเห็นต่อวิธีการป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ

การป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ พยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการป้องกันการฉีกขาดโดยการ Save perineum วิธีนี้เรียกว่า Modified ritgen maneuver ตามคำบอกเล่าที่ว่า “วิธีการ Save perineum สามารถป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บได้จริง ถ้าไม่ Save อาจทำให้เกิดการฉีกขาดเพิ่มมากขึ้น พยาบาลทุกคนจะปฏิบัติเหมือนกัน เวลาทำคลอด แต่ก็ต้องประเมินจากฝีเย็บของผู้คลอดประกอบด้วยนะ ถ้าฝีเย็บตึงแข็ง ไม่ยืดขยายเลย หรือสั้นมาก ขณะเบ่งคลอดถ้าตึงมาก ดูแล้วเสี่ยงต่อการฉีกขาดมากขึ้น ก็ช่วยตัดสักหน่อย แต่ผู้คลอดต้องควบคุมการเบ่งด้วยนะ เบ่งเป็นจังหวะ ๆ ถ้าเบ่งพรวด ๆ ยังไงก็ฉีกแน่” (พยาบาลคนที่ 5) พยาบาลบางคนกล่าวว่า “ถ้าพบว่าฝีเย็บไม่นุ่ม ไม่ยืดหยุ่น การใช้ KY ช่วยนวดเบา ๆ บริเวณฝีเย็บ ก็จะทำให้ฝีเย็บ นุ่มและยืดหยุ่นมาก

ขึ้นได้ระดับหนึ่ง สังเกตจากเวลาเบ่ง ฝึบจะยืดออกได้อีกเล็กน้อย อาจมีแผลฝึบแต่ไม่ลึกเท่ากับ การตัด แต่ถ้าได้ลงขนาดตั้งแต่ระยะรอกตลอด ก็น่าจะช่วยได้มากขึ้นอีกหน่อย” (พยาบาลคนที่ 6)

จะเห็นได้ว่า พยาบาลทุกคน จะช่วยลดการบาดเจ็บของช่องทางคลอดโดยการ Save perineum โดยวิธี Modified ritgen maneuver และสอนให้ผู้คลอดเบ่งเป็นจังหวะ ไม่เร่งรีบกดดัน ให้ผู้คลอดเบ่งตลอดเวลา ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของการเบ่งคลอดตามวิถีธรรมชาติ ที่มีส่วนช่วยลดการฉีกขาดของฝึบได้ โดยใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติช่วยในการคลอดอย่างเต็มที่ ด้วยการให้ผู้คลอดค่อย ๆ เบ่งเป็นจังหวะทุกครั้ง ที่มดลูกมีการหดตัว นอกจากนั้น ยังใช้ KY หล่อลื่นช่วยขนาดเบา ๆ บริเวณฝึบ ระหว่างรอกตลอดหรือระยะเบ่งคลอด เพื่อช่วยให้นุ่มขึ้น และยืดขยายได้ดีขึ้น

3. การทำคลอดโดยการตัดฝึบเท่าที่จำเป็น และความรู้สึกรู้สึกต่อการทำคลอดโดยการตัด ฝึบเท่าที่จำเป็น พยาบาลรับรู้ถึงผลดีของการตัดฝึบเท่าที่จำเป็น โดยแสดงความคิดเห็นได้ดังนี้

3.1 การทำคลอดโดยการตัดฝึบเท่าที่จำเป็น เป็นวิธีที่ทำให้เกิดแผลฝึบฉีกขาด น้อยกว่าการทำคลอดโดยการตัดฝึบตามกิจวัตร ดังคำบอกที่ว่า “ การตัดฝึบ เป็นการทำให้ฝึบ ฉีกขาดตั้งแต่ระดับ 2 แล้ว และอาจมีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นจากเดิมจนถึงระดับ 3-4 ได้ ส่วนการไม่ตัด ฝึบระยะคลอด อาจไม่มีแผลฝึบเลย หรืออาจได้รับการฉีกขาดไม่เกินระดับ 2 เท่านั้น” (พยาบาลคนที่ 7)

3.2 การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำคลอดโดยการตัดฝึบเท่าที่จำเป็น เชื่อว่าผู้คลอด สามารถคลอดได้เองโดยไม่ต้องตัดฝึบ โดยมีการประเมินเบื้องต้นแล้วว่า ผู้คลอดไม่มี ภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ตลอดการตั้งครรภ์ ดังคำพูดที่ว่า “เคยไปประชุมเกี่ยวกับเรื่องคลอดธรรมชาติ เห็นแนวคิดเกี่ยวกับการให้ผู้คลอด คลอดโดยวิถีธรรมชาติ โดยส่งผลดีในเรื่องการเสียเลือดน้อยกว่า การตัดฝึบตามกิจวัตร เจ็บแผลน้อยกว่า ลดเรื่องการติดเชื้อแผลฝึบ ผู้คลอดฟื้นตัวได้เร็ว ทำเคสแรกตื่นเต้น แต่เชื่อว่าต้องทำได้ หลังจากทำเคสแรกผ่านไปได้ด้วยดี บางคนไม่มีแผลเลย ยิ่งตื่นเต้น และมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น” (พยาบาลคนที่ 1)

3.3 ความมั่นใจในการทำคลอดโดยการตัดฝึบเท่าที่จำเป็น พยาบาลทุกคนรู้สึก มีความมั่นใจมากขึ้นเมื่อสามารถทำคลอดผู้คลอดครั้งแรกโดยการตัดฝึบเท่าที่จำเป็น และพบว่า การฉีกขาดของแผลไม่เกินระดับ 2 ดังคำบอกที่ว่า “ ตอนแรกก็กลัว กลัวคลอดไม่ได้ ฝึบมันตึง มาก เพราะปกติเราจะตัดเพื่อช่วยคลอด เวลาศีรษะทารกกำลังจะเขย ดุงอยู่ที่ก้น จะออกได้ไหม ฝึบ จะฉีกขาดขนาดไหน คงเขี่ยยากน่าดู แต่ปรากฏว่า คลอดได้จริง ๆ คนแรกที่ทำไม่มีแผลเลย ตื่นเต้น ดีใจสุด ๆ บางรายมีแผลฉีกขาดลึกเพียงระดับ 1 เท่านั้น ไม่เกินระดับ 2 การซ่อมแซมแผลก็ไม่ยาก

อย่างที่คิด หลังเขียนแผนเสร็จ ผู้คลอดบอกเจ็บไม่เยอะ ขยับลูกนั่งให้ทารกคุณมได้ทันที”
(พยาบาลคนที่ 7)

จะเห็นได้ว่า การทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นหรือไม่ตัดฝีเย็บ พยาบาลรับรู้ถึงผลดีต่าง ๆ แต่สิ่งที่จะทำให้เกิดได้คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น หรือการไม่ตัดฝีเย็บ เมื่อพบว่าสามารถทำได้จริง เห็นผลดีจริง จะทำให้มีความมั่นใจ มีประสบการณ์มากยิ่งขึ้นในการทำครั้งต่อ ๆ ไป

4. ปัจจัยที่ส่งเสริมการคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นได้สำเร็จ

จากปัจจัยที่ส่งเสริมการคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นได้สำเร็จ พยาบาลทุกคนมีความเห็นดังต่อไปนี้

4.1 ทัศนคติที่ดีต่อการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น หรือการไม่ตัดฝีเย็บ ดังคำกล่าวที่ว่า “ถ้าเราเชื่อว่าทำได้ มีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติได้จริง ๆ” (พยาบาลคนที่ 1)

4.2 กำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้มีความมั่นใจในการทำมากขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “ตอนทำเคสแรก ได้พี่พยาบาลนี้แหละให้กำลังใจ บอกว่าทำได้ ๆ ขอให้เรามีความมั่นใจ และตั้งใจจริง ผลปรากฏว่า ทำได้จริงด้วย ไม่มีแผลเลย ตื่นเต้นยิ่งกว่าคนไข้อีกนะ” (พยาบาลคนที่ 6)

4.3 ความร่วมมือจากผู้คลอด เราต้องไม่เร่งเร้าผู้คลอด ตกลงร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้นใจต้องสู้ และคิดว่าทำได้ ดังคำพูดของพยาบาลที่เล่าถึงผู้คลอดว่า “ถ้าพี่เขาไม่ให้กำลังใจ ให้อดทนอีกหน่อย ตอนเบ่งนี้สุด ๆ เลย อยากจะขอไปผ่าเหลือเกิน เหมือนจะทนไม่ได้ พี่พยาบาลพยายามสอนให้เบ่งเวลาท้องแข็ง ลูบท้อง ให้กำลังใจตลอด” (พยาบาลคนที่ 4)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นได้สำเร็จ อันดับแรกคือ การมีทัศนคติที่ดีของผู้ทำคลอด มีความเชื่อมั่นว่าทำได้จริง สามารถสร้างกำลังใจได้จากทั้งตนเอง และผู้ร่วมทีม ส่วนตัวผู้คลอด ต้องมีความอดทน และให้ความร่วมมือสามารถควบคุมตนเอง ในระยะเจ็บครรภ์ได้ รวมทั้งพยาบาลที่เป็นกำลังใจสำคัญของผู้คลอดที่จะส่งเสริมให้สามารถผ่านการคลอดไปได้อย่างเต็มความสามารถ

5. ข้อจำกัด/ อุปสรรคที่ไม่สามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นหรือการไม่ตัดฝีเย็บได้สำเร็จ จากความคิดเห็นสามารถสรุปได้ว่า พยาบาลทุกคนมีความเห็นดังต่อไปนี้

5.1 ความวิตกกังวลต่อการเกิดข้อผิดพลาด ทั้งทางด้านผู้คลอด-ทารก ดังคำกล่าวที่ว่า “ถ้าหากทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นหรือไม่ตัดฝีเย็บ แล้วมีการฉีกขาดเพิ่มมากขึ้นจนถึงระดับ 3-4 จะถูกตำหนิได้ว่าประเมินไม่ดี ทำไม่ไม่ตัดฝีเย็บช่วยคลอด ส่วนทารกถ้าหากเบ่งคลอด

นาน แล้วทำให้ทารกเกิดภาวะเครียด คลอดออกมาแล้วเกิดภาวะ Birth asphyxia จะถูกดำเนินคดีอีก ว่า ประเมินไม่ดี ปล่อยจนทารกเกิดภาวะ Birth asphyxia” (พยาบาลคนที่ 5)

5.2 ระยะเวลาการเบ่งคลอดนานเกินมาตรฐาน ครรภ์แรก 2 ชั่วโมง ครรภ์หลัง 1 ชั่วโมง บางคนกล่าวว่า “แต่ละคนใช้เวลาในระยะคลอดไม่เท่ากัน คลอดยากบ้าง ง่ายบ้าง ถ้าเรานับเวลาตามมาตรฐานเลย อาจมีการใช้เวลามากเกินไปที่กำหนดบ้าง แต่เราจะถูกจำกัดด้วยเวลา ทำให้บางรายไม่สามารถรอได้จนคลอดโดยไม่ตัดฝีเย็บ ” (พยาบาลคนที่ 3)

5.3 ขาดความเชื่อมั่น ไม่มั่นใจต่อการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ดังคำพูดที่ว่า “สูติแพทย์ยังไม่ค่อยยอมรับวิธีการทำคลอดแบบไม่ตัดฝีเย็บ ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการตัดฝีเย็บ หากพบว่ามีความผิดปกติ เช่น ก้อนเลือดคั่ง หรือลักษณะของแผลเพิ่มขึ้นจากเดิม อาจมีการทบทวนถึงระบบ หรือ การประเมินการทำคลอดต่าง ๆ” (พยาบาลคนที่ 7)

จะเห็นได้ว่า ข้อจำกัด/อุปสรรคที่ไม่สามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นหรือการไม่ตัดฝีเย็บได้สำเร็จ เกิดจากความไม่มั่นใจต่อผลลัพธ์ที่จะตามมา โดยไม่มีผู้ที่รองรับหรือให้คำปรึกษา

6. แนวทาง/ นโยบายในการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทาง/ นโยบายในการทำคลอด โดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น พบว่า พยาบาลทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า ควรมีการสร้างระบบ และเตรียมความพร้อมผู้คลอด ตั้งแต่ฝากครรภ์ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้คลอดได้เห็นถึงประโยชน์ และเป็นอีกหนึ่งทางเลือกของผู้คลอด ดังคำพูดที่บอกว่า “ควรสร้างระบบ และเตรียมความพร้อมตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้คลอดได้เห็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือ รวมทั้งประสานสูติแพทย์เพื่อให้เกิดการยอมรับ และร่วมมือเพื่อเป็นไปในแนวทางเดียวกัน” (พยาบาลคนที่ 1)

ดังนั้น การได้รับการยอมรับจากสูติแพทย์ในแนวทางการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดหรือไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บช่วยคลอด ให้สอดคล้องกับการดูแลมาตรฐาน ทำให้เกิดประโยชน์แก่ตัวผู้คลอด

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า พยาบาลห้องคลอดมีความเห็นตรงกันว่า การปฏิบัติการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรกนั้น มีความเหมาะสม เพื่อให้เป็นไปตามกระบวนการทำงานตามธรรมชาติ ผู้คลอดเสียเลือดน้อยกว่า ลดระดับการบาดเจ็บของฝีเย็บได้ โดยศึกษา 6 ประเด็นดังกล่าว ซึ่งพยาบาลห้องคลอดมีความเห็นร่วมกันในด้าน การมีทัศนคติที่ดีต่อการทำคลอด การมีความรู้ความเข้าใจในการทำคลอด การได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้คลอด การได้รับกำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน และการได้รับการส่งเสริมต่อแนวทางปฏิบัติกระบวนการคลอด

โดยกำหนดเป็นนโยบายและความร่วมมือจากสื่อดิจิทัล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและนำมาเป็น
แนวทางปฏิบัติต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก ได้แก่ ปริมาณการสูญเสียเลือด ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด คะแนนแอฟการ์น่าที่ที่ 1 และคะแนนแอฟการ์น่าที่ที่ 5 และศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ แพ้มีประวัติผู้คลอดครั้งแรก ไม่เคยผ่านการคลอดได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร จำนวน 174 แพ้มี และแพ้มีประวัติผู้คลอดครั้งแรก ไม่เคยผ่านการคลอดได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น จำนวน 174 แพ้มีรวมทั้งรวม 348 แพ้มี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 และศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ในห้องคลอด จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมส่วนบุคคลของผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และแพ้มีประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น และแบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลห้องคลอด ส่วนที่ 2 แบบรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บจากแพ้มีประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และแพ้มีประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบ t-test แบบอิสระต่อกัน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.81 ปี กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.71 ปี กลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น พบว่า มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมต้น สำหรับกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับมัธยมปลาย/ ปวช. เป็นส่วนใหญ่ อาชีพของกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นและกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรและการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ในผู้คลอดครั้งแรก จากการศึกษาพบว่า

2.1 ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นมีปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .001$)

2.2 ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นมีระดับการอักเสบของแผลฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .001$)

2.3 ระยะเวลาที่ /2 ของการคลอด ในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นน้อยกว่าระยะที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .001$)

2.4 ทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีคะแนนแอสการ์ นาที่ที่ 1 ไม่แตกต่างกับทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร

2.5 ทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีคะแนนแอสการ์ นาที่ที่ 5 ไม่แตกต่างกับทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร

3. ผลการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอด

จะเห็นได้ว่า พยาบาลห้องคลอดทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า ข้อบ่งชี้ ในการตัดฝีเย็บ ได้แก่ ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้ทารกตัวโต คลอดยาก เสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ ผู้คลอดที่เบ่งคลอดนาน ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด ผู้คลอดควบคุมการเบ่งได้ไม่ดี ฝีเย็บไม่ยืดหยุ่น สาเหตุดังกล่าว ทำให้ต้องมีการตัดฝีเย็บช่วยคลอด ด้านการป้องกันการอักเสบของฝีเย็บ พยาบาลทุกคนจะช่วย Save perineum เมื่อศีรษะทารกค่อย ๆ เยกออกมา และช่วยกดบริเวณช่องคลอดด้านล่างขึ้นเล็กน้อย เพื่อช่วยให้ฝีเย็บยืดขยายออก สอนเบ่งเป็นจังหวะ และใช้ KY หล่อลื่นนวดเบาๆบริเวณปากช่องคลอด เพื่อช่วยให้ฝีเย็บนุ่ม และยืดหยุ่นขึ้น (สมจิตร เมืองพิล, 2556)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทำคลอด โดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.47 กังวลกับการคลอดไม่ได้ในผู้คลอดครั้งแรก แต่เมื่อได้กลับไปทบทวนความรู้ นำมาปฏิบัติ พบว่าสามารถทำได้จริง แผลฝีเย็บลึกไม่เกินระดับ 2 รองลงมา ร้อยละ 28.58 มีความมั่นใจ จากการศึกษาแนวทางการคลอดวิถีธรรมชาติ การดูแลผู้คลอดแบบไม่เร่งรีบ กดดัน หลังคลอดไม่มีแผลฝีเย็บ ผู้คลอดฟื้นตัวเร็ว เสียเลือดน้อย เห็นผลดีต่อผู้คลอด มีประสบการณ์ในการทำหลายครั้ง ทำให้มั่นใจยิ่งขึ้น ผู้คลอดเสียเลือดน้อยกว่าการตัดฝีเย็บ

ช่วยคลอด เจ็บตึงแผลน้อยกว่า สามารถลดปัญหาเรื่องติดเชื้อแผลฝีเย็บ ได้อีกด้วย ส่วนพยาบาล ร้อยละ 14.28 ให้ความเห็นว่า การทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก ไม่ใช่เรื่องน่ากลัว ถ้าเรามีทัศนคติที่ดี เชื่อว่าคลอดได้เองโดยไม่ต้องตัดฝีเย็บ หากประเมินแล้ว พบว่าผู้คลอดและทารกไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ในระยะตั้งครรภ์และคลอด

ความเห็นด้านปัจจัยที่ส่งเสริมให้สามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ในผู้คลอดครั้งแรกได้สำเร็จ พยาบาลทั้งหมด 100% มีทัศนคติที่ดีต่อการทำคลอด โดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดได้ มีความเชื่อมั่นทั้งพยาบาลและผู้คลอดว่าสามารถทำได้ โดยเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นการประเมินผู้คลอดต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทารกตัวโต คลอดก่อนกำหนด ครรภ์เกินกำหนด หลังจากประเมินแล้ว พุดคุยร่วมกับผู้คลอดเพื่อให้ความมั่นใจและร่วมมือ เพื่อเป็นการเตรียมตัวตั้งแต่เริ่มต้น ปัจจัยด้านการให้กำลังใจจากเพื่อนร่วมงานก็เป็นเรื่องสำคัญ อีกด้านหนึ่ง 80% นอกจากนี้ก็เป็นความร่วมมือจากตัวผู้คลอด 14.28% สอดคล้องกับการศึกษา วรรณกรรมพบว่า ควรหลีกเลี่ยงการตัดฝีเย็บโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Carroli & Belizan, 1999; Hartmann et al., 2005) เนื่องจากพบว่าไม่มีประโยชน์ของการตัดฝีเย็บตามปกติ อีกทั้งยังเป็นอันตรายที่ควรหลีกเลี่ยง (WHO, 1997)

ความเห็นด้านข้อจำกัด/อุปสรรคที่ไม่สามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น ในผู้คลอดครั้งแรกได้สำเร็จ พบว่า พยาบาลทั้งหมดกลัวมีข้อผิดพลาดในมารดาและทารก ขณะรอคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ รองลงมาได้แก่ ผู้คลอดที่มีระยะเวลาเบ่งคลอดนานเกินมาตรฐานการรอคลอด 57.14 ส่วนข้อจำกัดอีกด้านหนึ่งคือ พยาบาลขาดความเชื่อมั่น ยังไม่เปลี่ยนทัศนคติว่าสามารถทำคลอดได้โดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรกได้จริง 14.28%

ความเห็นด้านแนวทาง/นโยบายในการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก พบว่า พยาบาลทั้งหมดเห็นด้วยกับการสร้างระบบและเตรียมความพร้อมตั้งแต่แผนกฝากครรภ์เพื่อให้ความรู้แก่ผู้คลอดได้เห็นถึงประโยชน์ และให้ความร่วมมือ โดยประสานกับ สตรีแพทย์เพื่อให้ยอมรับแนวทางการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก ให้สอดคล้องกับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อเป็นทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้คลอด

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก ผู้วิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีปริมาณการสูญเสียเลือดจากแผลฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การไม่มีแผลฝีเย็บหรือมีแผลฝีเย็บไม่เกินระดับ 2 นั้น จะทำให้การสูญเสียเลือดน้อยกว่า การตัดฝีเย็บ ส่วนการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อธิบายได้ว่าการตัดฝีเย็บนั้น เป็นการทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บเริ่มตั้งแต่ระดับ 2 ทำให้เลือดไหลออกมาระบาย ๆ ถึง 200-250 มิลลิลิตร (Sooklim et al., 2007) ดังนั้นหากมีการตัดฝีเย็บช่วยคลอด ควรกระทำในช่วงเวลาที่เหมาะสม การตัดฝีเย็บเร็วเกินไป อาจทำให้เสียเลือดมากเกินความจำเป็นและอาจเกิดภาวะตกเลือดได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้คลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Beckmann & Grult, 2006) สอดคล้องกับผลงานวิจัย ชุติ บุญเลิศ (2557)

2. ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น พบว่า ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บร้อยละ 60 แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 1 ร้อยละ 35.47 แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 2 ร้อยละ 4.53 และไม่พบการฉีกขาดของฝีเย็บ หูดทวารหนักระดับ 3 และระดับ 4 ส่วนฝีเย็บที่ฉีกขาดเองมีความลึกน้อยกว่าการตัดฝีเย็บช่วยคลอด ทำให้ลดระยะเวลาในการเย็บแผล ภาระงานลดลง มีเวลาในการดูแลผู้คลอดเพิ่มขึ้น ให้ทารกนอนได้เร็วขึ้น ส่วนผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บช่วยคลอด จะมีแผลฝีเย็บฉีกขาดเริ่มตั้งแต่ระดับ 2 อาจมีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นจากเดิมได้อีก ถึงระดับ 3-4 ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษามากขึ้น

ดังนั้น ผลการวิจัยจึงสนับสนุนต่อวรรณกรรมที่กล่าวว่า การตัดฝีเย็บตามกิจวัตรเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่พบว่า มีอุบัติการณ์การตัดฝีเย็บช่วยคลอดเกิดขึ้นสูงมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นผู้ทำคลอดจึงควรตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เพราะอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะก้อนเลือดคั่ง การตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนแผลติดเชื้อ ทำให้ผู้คลอดต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น นอกโรงพยาบาลนานขึ้น (Hartmann et al., 2005)

3. ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น น้อยกว่าระยะที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดในกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.51 (SD= 15.45) ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.62 (SD= 9.35) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุนิดา ชัยติกุล และคณะ (2012) ที่กล่าวว่า การช่วยคลอดระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้

ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดยาวนาน พิริยา สุภศรี (2551) กล่าวว่า ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด คือ ระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร จนกระทั่งทารกคลอดออกมาหมดทั้งตัว ระยะเวลาในการเบ่งคลอดสำหรับครรภ์แรกประมาณ 1 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังประมาณ 30 นาที ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดเป็นระยะเวลาที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้คลอดและทารก ผู้คลอดที่มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดยาวนาน นอกจากจะทำให้ผู้คลอดเจ็บปวดทรมาน อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ผู้คลอดเกิดความรู้สึกเครียดและเหนื่อยล้าจากการเบ่งคลอดเป็นระยะเวลายาวนาน มีการตัดฝีเย็บช่วยคลอด หรือมีการใช้หัตถการช่วยคลอด อาจส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือด มดลูกหดรัดตัวไม่ดี จากการเจ็บครรภ์ยาวนาน ก็ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดได้มากขึ้น

4. ทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีคะแนนแอฟการ์นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ไม่แตกต่างกับ ทารกแรกเกิดในผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรอธิบายได้ว่า

จากผลการวิจัย ค่าคะแนนแอฟการ์นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากงานวิจัยของ สุริย์พร กฤษเจริญ และคณะ (2555) พบว่า ค่าคะแนนแอฟการ์ของทารกในนาที่ที่ 5 ของผู้คลอดที่ไม่ตัดฝีเย็บ มีค่ามากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจากผลการวิจัย สรุปได้ว่า ทั้งสองกลุ่มค่าคะแนนแอฟการ์ไม่แตกต่างกัน แต่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ต่ำกว่า 7 หรือไม่เกิดภาวะ Birth asphyxia

5. ความคิดเห็นของพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น เพราะการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรทำให้เกิดการฉีกขาดอย่างน้อยถึงระดับ 2 และทำให้เกิดแผลฝีเย็บฉีกขาด ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้คลอด เช่น อาการปวด เจ็บตึงแผล สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การตัดฝีเย็บช่วยคลอดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่พบว่ามีอุบัติการณ์สูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ดังนั้น พยาบาลผู้ทำคลอดจึงควรตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เนื่องจากมีผลเสีย เช่น ภาวะก้อนเลือดคั่ง การตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนแผลติดเชื้อทำให้ผู้คลอดต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง นอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Hartmann et al., 2005)

จากรายงานอุบัติการณ์ต่าง ๆ เช่น ในทวีปเอเชียมีความเชื่อว่า ฝีเย็บของผู้หญิงสั้นและยืดหยุ่นน้อย อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บได้มากกว่าการไม่ตัดฝีเย็บ ประเทศกัมพูชาได้มีการศึกษาย้อนหลังโดยใช้คำถามเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร ทั้งที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการปฏิบัติทั้งในแพทย์ พยาบาล พบว่า หากไม่ตัดฝีเย็บช่วยคลอด กลัวว่าจะเกิดการฉีกขาดมากขึ้น ยากต่อการซ่อมแซม รวมถึงเชื่อว่าฝีเย็บที่สั้น และไม่มีความยืดหยุ่นของผู้หญิงเอเชีย จำเป็นต้องมีการตัด

ฝึยช่วยคลอด เพื่อช่วยให้การคลอดง่ายขึ้น ลดการลิกขาดของฝึย ที่สำคัญคือ เวลาในการดูแล ผู้คลอดไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับการะงาน (Schantz et al., 2015) ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาจากงานวิจัย ต่าง ๆ ที่ยอมรับว่า การตัดฝึยเท่าที่จำเป็นมีผลดี และเกิดประโยชน์ต่อผู้คลอดก็ตาม พยาบาล ทั้งหมดมีทัศนคติที่ดีต่อการทำคลอดโดยการตัดฝึยเท่าที่จำเป็น ทั้งนี้ ปัจจัยที่สามารถสนับสนุน ให้สามารถปฏิบัติได้คือ การมีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการคลอด ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการ แสดงให้เห็นว่า การตัดฝึยตามกิจวัตร ไม่ได้ช่วยป้องกันการลิกขาดและบาดเจ็บของฝึย (Renfrew, Hamnak, Albers & Floyal, 1998) และไม่ได้ป้องกันการหย่อนยานของกล้ามเนื้อ ในอุ้งเชิงกราน (Dannecker, Hilemouns, Strauss, Hasbaren, Hepp, & Anthuber, 2005) แต่กลับเพิ่ม อุบัติการณ์การลิกขาดของฝึยในระดับ 3 และ 4 ได้มากกว่าการไม่ตัดฝึย (จักรพันธ์ สุขเดช และคณะ, 2008) ดังนั้น จึงควรมีการกำหนดแนวทาง/ นโยบายอย่างชัดเจนและได้รับการยอมรับ จากสูติแพทย์ เพื่อเกิดความเชื่อมั่น และนำมาเป็นแนวปฏิบัติอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝึยเท่าที่จำเป็นมีปริมาณการสูญเสีย เลือดจากแผลฝึยน้อยกว่า ผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝึยตามกิจวัตร มีระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด สั้นกว่า และผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝึยเท่าที่จำเป็นมีระดับการลิกขาดของฝึยน้อยกว่าในผู้คลอด ได้รับการตัดฝึยตามกิจวัตร ส่วนคะแนนแอฟการ์นาทที่ 1 และนาทที่ 5 ระหว่าง 2 กลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกัน และพยาบาลห้องคลอดมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามแนวทางการตัดฝึยเท่าที่ จำเป็น ดังนั้น จึงควรนำแนวคิดการตัดฝึยเท่าที่จำเป็น ไปปฏิบัติดูแลผู้คลอดในห้องคลอด ซึ่งอาจ นำไปสู่การปฏิบัติ โดยการจัดอบรม ให้ความรู้ และแนวปฏิบัติต่อไป
2. ผู้บริหารควรมีการส่งเสริมความรู้แก่พยาบาล โดยการจัดอบรม นำแนวคิดการตัด ฝึยเท่าที่จำเป็นไปใช้ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้คลอด
3. ด้านการศึกษา นำผลการวิจัยที่ประกอบด้วย ความรู้ด้านแนวปฏิบัติดูแลสำหรับการ คลอดปกติตามท้องถันการอนามัยโลกแนะนำ ในการตัดฝึยเท่าที่จำเป็นไปใช้ในการสอนนิสิต แพทย์-พยาบาล ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติเพื่อให้เป็นความรู้ในการปฏิบัติงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร และการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นครั้งต่อไป ในด้านที่สำคัญ เช่น การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อแผลฝีเย็บ และค่าใช้จ่ายในการคลอด

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามปกติ และผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มในครรภ์หลังด้วย

บรรณานุกรม

- กัญญาชลา สาหมุน. (2554). ความต้องการการดูแลตามวัฒนธรรมและความเชื่อวิถีอิสลามและการดูแลที่ได้รับจริงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดของสตรีมุสลิม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(2), 33-44.
- ชวลี บุญเลิศ. (2557). การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 1(1), 15-26.
- เนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ, นวี เบาทรวง และสุกัญญา ปริสัญญกุล. (2553). ผลของการนวดฝีเย็บต่อการบาดเจ็บของฝีเย็บในการคลอดปกติ. *วารสารพยาบาลสาร*, 37(1), 96-107.
- ปราณี พงศ์ไพบุลย์, สุรีย์พร กฤษเจริญ และกัญจน์ี พลอินทร์. (2558). ผลของการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ ต่อความปวดฝีเย็บหลังคลอด และความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาหลังคลอดครั้งแรก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 37-46.
- พริยา สุภศรี. (2547). การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำของพยาบาลห้องคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(1), 1-13.
- พริยา สุภศรี. (2550). การคลอดธรรมชาติ: การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 15(4), 16-25.
- เพียงจิตต์ วิรัชพงสานนท์ และอภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์. (2556). อุบัติการณ์การน็อกขาดของหูดทวารหนักทางสูติกรรมจากการตัดฝีเย็บเฉียงออกไปด้านข้างด้วยมุม 60 องศา ก่อนคลอด. *The Journal of Obstetrics and Gynecology*, 21(3), 95-100.
- ภัศรา หากุหลาบ และนันทนา นาโนวรรณ. (2552). อุปสรรคของการเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(2), 14-23.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2553). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- สุนิศา ชัยติกุล, นวีวรรณ อยู่สำราญ, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร และเอมพร รตินทร. (2555). ผลของวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติร่วมกับทำนั้งของ ๆ บนนวัตกรรมเบาะนั่งรองคลอดต่อระยะเวลาที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 7-14.
- สมจิตร เมืองพิล. (2556). การนวดฝีเย็บในระยะคลอด: สิ่งทำท่ายสำหรับผดุงครรภ์ในการลดการบาดเจ็บของฝีเย็บ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(4), 129-133.

- สุรีย์พร กฤษเจริญ, ทรงพร จันทรพิพัฒน์, กัญจนี พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2554). การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(5), 215-224.
- สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนี พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2555 ก). ผลของการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 30(1), 1-11.
- สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนี พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2555 ข). ผลของการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการนิกลดของฝีเย็บในผู้คลอดครั้งแรก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 30(4), 179-187.
- วิทยา ธิฐาพันธ์ (2555). *การซ่อมแซมฝีเย็บที่ผิดปกติจากการคลอด*. กรุงเทพฯ: พี.ซี.เค.ดีไซท์.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2552). *รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้บริการการคลอดธรรมชาติ ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา*. ชลบุรี: กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และรัชนิวรรณ รอส. (2551). ความรู้ ทัศนคติ และความต้องการการคลอดธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และผู้ให้บริการทางสุขภาพ ณ. โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 12-23.
- เวชระเบียนงานห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง (2559). *สรุปรายงานการคลอดประจำปี 2555-2559*. ฉะเชิงเทรา: เวชระเบียนงานห้องสมุด โรงพยาบาลบางปะกง.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล (2555). การบาดเจ็บของฝีเย็บในระยะคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35, 129-133.
- เสาวภา มุสิกะชาติ, สุรีย์พร กฤษเจริญ และทรงพร จันทรพิพัฒน์. (2555). ความต้องการการดูแลภายใต้การคลอดวิถีธรรมชาติของหญิงตั้งครรภ์ในภาคใต้. *Nation Graduate Research Conference*, 592-604.
- แสงมะลิ พลเวียง และพัทตร์วิไล ศรีแสง. (2557). *การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกสำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ*. บึงกาฬ: โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ.
- อำภาพร ผิวอ่อน, นวี เบาทรวง และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2558). ผลของการจัดการฝีเย็บต่อการบาดเจ็บและความเจ็บปวดของช่องทางการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 42(2), 93-101.

- Borghi, J. (2002). The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *The American Journal Obstetrics and Gynaecology*, 186, 221-226.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081. pub2
- Elie, N., & Luc, K. (2012). Episiotomies during deliveries of singletons in cephalic presentation: The incidence can be reduced. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 62(6), 641-643.
- Geranmayeh, M., Rezaei, H. Z., & Khakbazan, Z., (2011). *Reducing perineal trauma through perineal massage with Vaseline in second stage of labor*. Archives of Gynecology and Obstetrics, doi:10.1007/s00404-011-1919-5
- Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J. M. (2005). Episiotomy rates around the world: An update. *Birth*, 32(3), 219-23.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2141-2148.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). *Continuous support for women during childbirth (Review)*. The Cochrane Collaboration. Retrieved from <http://www.thecochranelibrary.com>
- Hofmeyr, G. J. (2004). Evidence-based intrapartum care: Best practice & research clinical. *Obstetrics and Gynaecology*, 19, 103-115.
- Kalichman, L. (2008). Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *The Israel Medical Association Journal*, 10, 531-533.
- Kettle, C., Hills, R. K., & Ismil, K. M. (2007). Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 17(4), CD0000974.
- Klein, M, C. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *The American Journal Obstetrics Gynecology*, 171(3), 591-598.
- Kumar, S., & Singh, S. G. (2010). Restricted use of episiotomy. *The Journal Obstetrics and Gynecology of Indi*, 60, 408-412.

- Lappen, J. R., & Gossett, D. (2010). Changes in episiotomy practice: Evidence-based medicine in action. *Expert Reviews Obstetrics & Gynecology*, 5, 301-309.
- Lothian, J. A., (2000). Questions from our readers why natural childbirth? *The Journal of Perinatal Education*, 9(4), 44-45.
- Lowenstein, L., & Drugan, A., (2005). Episiotomy: Beliefs, practice and the impact of educational intervention. *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 123, 179-182.
- Nkwabong, E., & Kouam, L. (2012). Episiotomies during deliveries of singletons in cephalic presentation: The incidence can be reduced. *Journal of Obstetrics & Gynecology of India*, 62(6), 641-643.
- Queensland Clinical Guidelines (2012). *Perineal care*. Brisbane: Queensland Health.
- Schantz, C. (2015). Reasons of routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, *Cambodia*, 23(45), 68-77.
- Scott, J. R. (2005). Episiotomy and vaginal trauma. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 32, 307-321.
- Supadech, C. (2008). Third and fourth degree perineal lacerations of episiotomy versus non-episiotomy in spontaneous vaginal deliveries at Phramongkutklo Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 16, 199-205.
- Sooklim, R., Thinkhamrop, J., Lumbiganon, P., Prasertcharoensuk, W., Pattamadilok, J., & Seekorn, K. (2007). The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health*, 4, 1-5.
- Trinh, A, T. (2013). Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: Support for a change in obstetric practice in Vietnam. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 350-356.
- Waldenstrom, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Woman and Birth*, 20, 175-180.
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Hicks, C. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal Morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23, 392-403.
- World Health Organization [WHO]. (1996). *Care in normal birth: A practical guide*. Geneva: World Health Organization.

Zwelling, E. (2010). Overcoming the challenges: Maternal movement. *The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 35, 72-80.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก

Outcomes of Routine Episiotomy versus Restrictive Episiotomy in Primiparous Parturients

ชื่อนิติ นางสาวพิมลา เล้าประจง

รหัสประจำตัวนิติ 52921191 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 03 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ แม่มีประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บ จำนวน 348 แม่ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 8 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 3 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. แพทย์หญิง เตือนใจ ชุ่นฮะ | ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปะกง
และสูติแพทย์
ประจำโรงพยาบาลบางปะกง |
| 3. ดร. สุมลา พรหมมา | หัวหน้างานห้องคลอด
โรงพยาบาลบางปะกง |

ภาคผนวก ข

สำเนาขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๔๗๑



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวพิมลา เล้าประจง รหัสประจำตัว ๕๒๙๒๑๑๙๑ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณี คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน อำนวยความสะดวกให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- | | |
|--|----------------|
| ๑. แฟ้มประวัติผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการตัดฝีเย็บ | จำนวน ๓๔๘ แฟ้ม |
| ๒. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด | จำนวน ๘ ราย |
- ณ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบางปะกง ระหว่างวันที่ ๑๐ มีนาคม - ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐๘๓-๕๙๗๙๙๙๙๓

ภาคผนวก ค
ใบอนุญาตเข้าร่วมการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามกิจวัตรกับการตัดฝีเย็บ
เท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครรภ์แรก

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้แทน โดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/
ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บตามปกติกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอด
ครั้งแรก

แบบสอบถามสำหรับผู้คลอดและพยาบาลห้องคลอด

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด

ตอนที่ 2 แบบรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บจากแฟ้มประวัติผู้คลอด

ตอนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด

อายุครรภ์.....สัปดาห์

อายุ.....ปี

อาชีพ.....

ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน

ระดับประถมศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา

ปริญญาตรี

ปริญญาตรีขึ้นไป

ตอนที่ 2 แบบรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ของการตัดฝีเย็บจากแฟ้มประวัติผู้คลอด

1. ปริมาณการสูญเสียเลือด.....มิลลิลิตร (นับตั้งแต่ฝีเย็บมีการฉีกขาด)
2. ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ.....
 - ไม่มีแผลฉีกขาด
 - แผลฉีกขาดระดับที่ 1
 - แผลฉีกขาดระดับที่ 2
 - แผลฉีกขาดระดับที่ 3
 - แผลฉีกขาดระดับที่ 4
3. ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด.....ชั่วโมง.....นาที
4. คะแนนแอฟการ์ นาทิที่ 1 เท่ากับ.....คะแนน
 นาทิที่ 5 เท่ากับ.....คะแนน

ตอนที่ 3 แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลคำถามดังต่อไปนี้

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา.....
3. อายุการทำงานในวิชาชีพพยาบาล.....ปี
4. ประสบการณ์การทำงานในห้องคลอด.....ปี
5. เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น เคย
 ไม่เคย
6. ท่านเคยตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก เคย ระบุ.....ราย
 ไม่เคย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น

เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามพยาบาลผู้ทำคลอดเป็นรายบุคคล (In-dept Interview)

มีข้อคำถามดังต่อไปนี้

1. ท่านช่วยอธิบายข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บ
2. ท่านช่วยบอกวิธีการ การป้องกันการติดเชื้อของฝีเย็บในกรณีที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการตัดฝีเย็บ
3. ท่านเคยทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรกหรือไม่
 - 3.1 ถ้าท่านเคย ให้อธิบายวิธีการปฏิบัติ
 - 3.2 ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก
4. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้ท่านสามารถทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นให้สำเร็จ
5. ท่านคิดว่ามีอุปสรรคหรือข้อจำกัดใดบ้างในการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก
6. ท่านคิดว่าควรมีแนวทางหรือนโยบายเกี่ยวกับการทำคลอดโดยการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นหรือไม่ อย่างไร