

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับประเมินข้อบ่งชี้
เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ
The Development of Clinical Nursing Practice Guideline
for the Assessment of Indication for Episiotomy,
Sophisai Hospital, Bungkan Province**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2557

Volume 37 No.4 (October-December) 2014

แสงมะลิ พลเวียง พย.บ.* พัทศรีวิไล ศรีแสง Ph.D (พยาบาล)**

Sangmali polvieng B.N.S* Pakvilai Srisaeng Ph.D (Nursing)**

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าไม่ควรมีการตัดฝีเย็บเกินร้อยละ 10 ในการคลอดปกติ และการตัดฝีเย็บควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น การศึกษาอิสระนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ โดยใช้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC) และการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ในพยาบาลวิชาชีพ 6 คน และผู้คลอด 12 คน เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ผลการศึกษาได้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ (18 กิจกรรม) คือ 1) เป็นมารดาครั้งแรก 2) เป็นโรคหัวใจ โรคลมชัก และ ความดันโลหิตสูง 3) ฝีเย็บมีความยาวน้อยกว่า 4 เซนติเมตร 4) เคยตัดฝีเย็บและมีแผลเป็นบริเวณฝีเย็บ 5) เป็นการคลอดก่อนกำหนด ทารกทำกัน หรือทำผิดปกติอื่น ๆ 6) ทารกมีน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม 7) มารดาไม่มีแรงเบ่ง 8) เป็นการคลอดล่าช้า และ 9) ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติฯตามแนวคิดของ Mason พบว่า แนวปฏิบัติฯสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงร้อยละ 100 ทั้ง 18 กิจกรรม พยาบาลเห็นด้วยในระดับมากกว่าแนวปฏิบัติฯมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน เหมาะสมกับอัตรากำลังและงบประมาณ ไม่ยุ่งยากต่อการนำไปปฏิบัติ ช่วยลดอัตราการตัดฝีเย็บที่ไม่จำเป็นและลดความรุนแรงของการฉีกขาดของฝีเย็บได้ โดยมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม อาจต้องพิจารณาร่วมกับการประเมินข้อบ่งชี้อื่น ๆ ด้วย เช่น การประเมินว่าช่องคลอดกว้าง ยืดขยายได้ดี

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การตัดฝีเย็บ ข้อบ่งชี้การตัดฝีเย็บ

Abstract :

WHO recommended that episiotomy should not exceed 10% for spontaneous vaginal deliveries and it should be performed only with indications. This independent study aimed to develop CNPG for the assessment of indications for episiotomy based on the national health and medical research council (NHMRC) and participatory development process. The guideline was tested by 6 nurse-midwives working in the labor room and 12 women who underwent vaginal delivery. Data collection was done in November, 2012. The CNPG included 9 components (18 nursing activities) including; 1) first time mother, 2) have a history of heart disease, seizure, and hypertension, 3) a perineal body shorter than 4 centimeters, 4) previous episiotomy with suture or scar, 5) is a preterm

*นักศึกษาลี้กสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

birth, breech or mal-positions, 6) estimated fetal weight > 3,500 grams, 7) poor maternal effort, 8) is a prolonged labor, and 9) Have fetal distress. Mason criterion for standards of care was used to verify the quality of the guideline, in which results show that all 18 activities were 100% completed. All 6 nurse-midwives reported high satisfaction levels toward the guideline in terms of usefulness, manpower and budget appropriate, feasible, able to reduce unnecessary episiotomy and severity of perineal tears/trauma. Additional comment was the indication about fetal weight > 3,500 grams may need to be considered with other indication such as perineal elasticity.

keywords: clinical nursing practice guideline (CNPg), episiotomy, indication for episiotomy.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าในการคลอดปกติผู้ทำคลอดไม่ควรตัดฝีเย็บเกินร้อยละ 10 และควรทำการตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น เช่น เห็นว่าจะมีการฉีกขาดหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่จะต้องรีบทำการคลอดทารก¹ แต่พบว่าอัตราการตัดฝีเย็บทั่วโลกสูงประมาณร้อยละ 30-63 และสูงถึงร้อยละ 93 ในครรภ์แรก² ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้คลอดทางช่องคลอดประมาณ 3 ล้านคน/ปี และพบอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ฝีเย็บจากการตัดฝีเย็บร้อยละ 25³ ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียมีการบาดเจ็บจากการตัดฝีเย็บร้อยละ 16.1 โดยการตัดฝีเย็บส่วนใหญ่จะพบในมารดาครรภ์แรกและการคลอดที่ใช้หัตถการช่วยคลอด⁴ สำหรับประเทศไทยนั้น ไม่พบรายงานสถิติการบาดเจ็บที่ฝีเย็บจากการตัดฝีเย็บ แต่คาดการณ์ว่าน่าจะมีอัตราที่สูงเนื่องจากผู้ทำคลอดส่วนใหญ่คงยังปฏิบัติตามแนวทางดั้งเดิมคือตัดฝีเย็บในครรภ์แรกเกือบทุกรายและครรภ์หลังในรายที่เคยตัดฝีเย็บมาแล้วหรือเป็นการตัดฝีเย็บแบบเป็นกิจวัตร (routine episiotomy) ทั้งนี้ รายงานการสำรวจข้อมูลงานห้องคลอดโรงพยาบาลโซพิสัยซึ่งมีการคลอดประมาณ 40 ราย/เดือนพบว่ามียัตราการตัดฝีเย็บร้อยละ 90

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เปรียบเทียบระหว่างการตัดฝีเย็บแบบที่ตัดเป็นกิจวัตร กับการตัดฝีเย็บในรายที่จำเป็น พบว่าการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรนั้นจะทำให้เกิดผลแทรกซ้อนตามมาคือ มีการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักมากกว่า ทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บมากขึ้นเมื่อคลอดครั้งต่อไป และไม่ได้ช่วยป้องกันการเกิดผลแทรกซ้อนเรื่องการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้⁵ และยังก่อให้เกิด

เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁶⁻⁷ เช่น มีแผลเจ็บปวด เกิดภาวะก้อนเลือดคั่ง สูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น ตลอดจนเกิดการติดเชื้อที่แผลโดยเฉพาะในกรณีที่มีการบาดเจ็บของฝีเย็บรุนแรง⁸⁻⁹ ซึ่งทำให้ผู้คลอดต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออาจต้องกลับมารับการรักษาภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า มีมารดาหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 92 ที่มีความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บของฝีเย็บในวันแรกหลังคลอด ส่งผลผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลและให้นมทารกในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญต่อการสร้างความรักและผูกพันระหว่างมารดา-ทารก ส่วนผลกระทบระยะยาวพบว่ามารดาหลังคลอดมากกว่าร้อยละ 10 ที่ได้รับการตัดฝีเย็บช่วยคลอดจะเจ็บฝีเย็บนานกว่ามารดาหลังคลอดที่ฝีเย็บฉีกขาดเองจากการคลอด¹⁰ และยังพบความเจ็บปวดในระยะยาวนานถึง 2 เดือนหลังคลอดถึงร้อยละ 88¹¹ นอกจากนี้ การบาดเจ็บของฝีเย็บที่เกิดจากการคลอด ยังส่งผลต่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อฝีเย็บและพื้นเชิงกรานทำให้เกิดความห้อยยาน การควบคุมการขับถ่ายบกพร่อง เกิดปัญหาปัสสาวะเล็ดร้อยละ 53.8 กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ร้อยละ 36.6 และร้อยละ 9.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ และหญิงหลังคลอดร้อยละ 54.5 รายงานว่าระยะเวลาที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดยาวนานออกไปกว่าปกติ¹² หลายการศึกษาในปัจจุบันยังพบว่า การตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรไม่ได้ป้องกันการฉีกขาดหรือห้อยยานของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน แต่กลับเพิ่มอุบัติการณ์การ

ฉีกขาดของฝีเย็บในระดับ 3 และ 4 มากขึ้น¹³

สถิติการตัดฝีเย็บในการทำคลอดของรพ.โซฟีลีย์พบว่าเมื่ออัตราการตัดฝีเย็บสูง โดยในปี พ.ศ. 2551 ถึง 2553¹⁴ พบร้อยละ 75, 71 และ 73 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 โดยเป็นการตัดฝีเย็บในการคลอดครั้งแรกร้อยละ 91.70, 96.53 และ 96.51 ตามลำดับ และเป็นการตัดฝีเย็บในการทำคลอดครั้งแรกหลังร้อยละ 61.61, 57.23 และ 57.42 ตามลำดับ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การตัดฝีเย็บช่วยคลอดที่ปฏิบัติอยู่ เป็นการตัดฝีเย็บที่เป็นกิจวัตรคือตัดฝีเย็บในมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลังที่เคยตัดฝีเย็บเกือบทุกราย ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามดุลยพินิจของตนเองร่วมกับประสบการณ์การปฏิบัติที่ถ่ายทอดกันมา และยังพบว่าแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการตัดฝีเย็บที่ใช้อยู่ในห้องคลอดนั้น มีกิจกรรมบางส่วนที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน โดยกล่าวถึงเฉพาะขั้นตอนและวิธีการตัดฝีเย็บแต่ไม่มีเนื้อหาหรือรายละเอียดเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ที่พยาบาลผู้ทำคลอดจะต้องประเมินก่อนตัดฝีเย็บ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline: CNPG) สำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)¹⁵ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม¹⁶ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการของหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลโซฟีลีย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นมาตรฐานเดียวกัน และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้คลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ สำหรับหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลโซฟีลีย์ จังหวัดบึงกาฬ

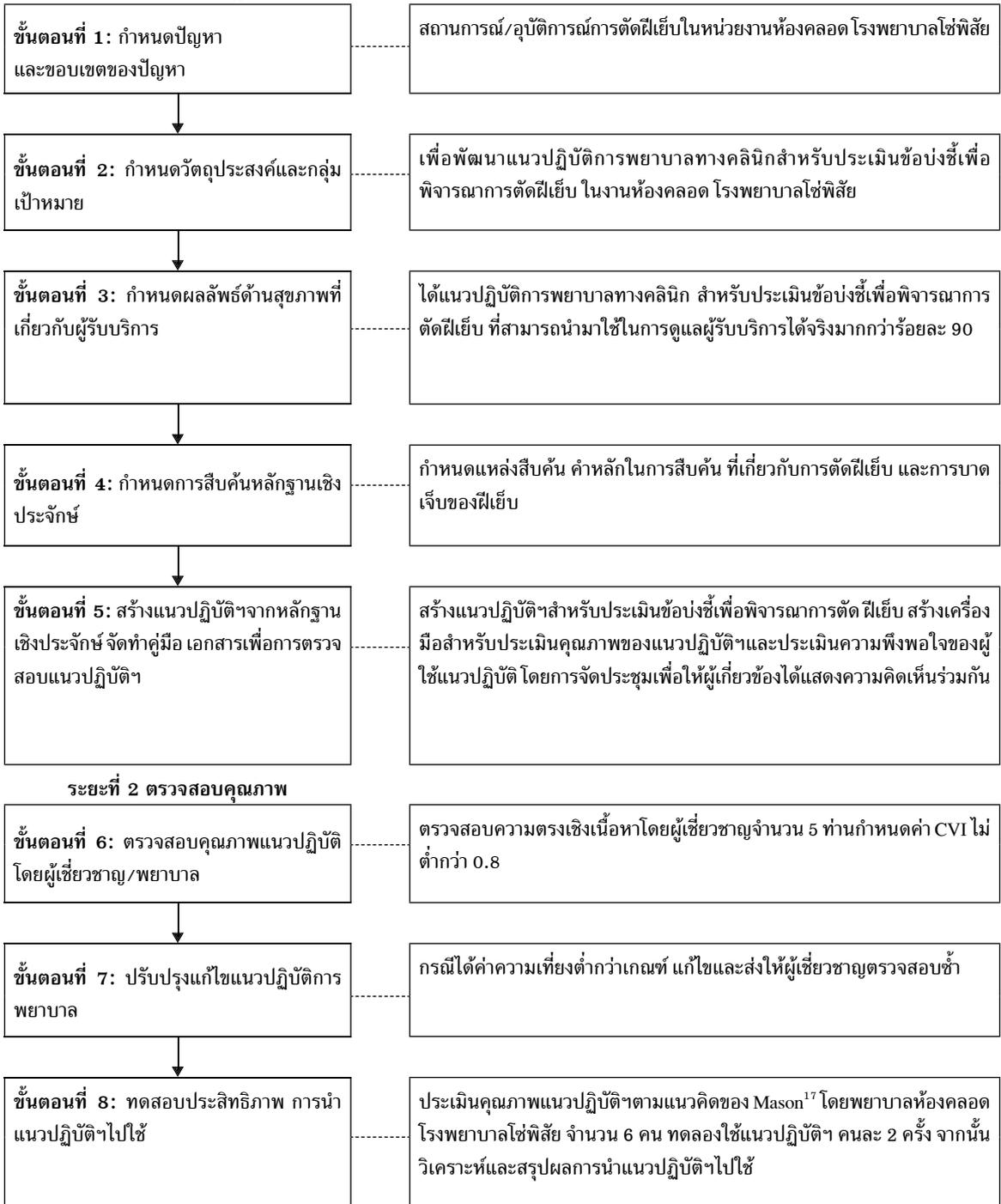
ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้แนวปฏิบัติสำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ สำหรับหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลโซฟีลีย์
2. มีการพัฒนาในการจัดการความรู้ในหน่วยงานห้องคลอด ส่งเสริมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซฟีลีย์ ได้รับการตัดฝีเย็บเมื่อมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเป็นมาตรฐานเดียวกัน

วิธีดำเนินการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้หลักการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁵ ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของปารีชาติ วลัยเสถียร¹⁶ การพัฒนาแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ ดังแสดงในภาพที่ 1

ระยะที่ 1 ระยะเวลาพัฒนาแนวปฏิบัติ



ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา: โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาและพิจารณาแนวทางในการลดการบาดเจ็บจากการตัดฝีเย็บ ผู้เข้าร่วมการประชุมได้แก่ แพทย์ทีมสหสาขาวิชาชีพ (ทีม PCT) และพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด ภายหลังจากนำเสนอข้อมูลและการระดมสมองแล้ว ที่ประชุมมีความเห็นว่า การประเมินข้อบ่งชี้ก่อนการตัดฝีเย็บมีความสำคัญ และเห็นควรให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ สำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ ให้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันเพื่อลดอัตราการตัดฝีเย็บ และเห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ นี้จะมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปปฏิบัติจริงเนื่องจากการตัดหรือไม่ตัดฝีเย็บนั้น เป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องรอรับคำสั่งจากแพทย์ สร้างประโยชน์ต่อหน่วยงานในการลดค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดซื้อวัสดุในการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ และเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลให้ผู้ป่วยคลอด

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย: วัตถุประสงค์คือเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฯ สำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ งานห้องคลอด โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ และกำหนดกลุ่มเป้าหมายโดยการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติฯ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ประธานทีม PCT พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด 6 คน โดยผู้ศึกษาได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าคณะทำงานและผู้ประสานงานในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ นี้

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ: มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ คือ ได้แนวปฏิบัติฯ สำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บที่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ตามแนวคิดของ Mason¹⁷

2. ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ได้รับการตัดฝีเย็บเมื่อมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นมาตรฐานเดียวกัน
ขั้นตอนที่ 4 สืบค้นหาข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง: เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติฯ สืบค้นทั้งจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ ผลการสืบค้นได้เอกสารเพื่อเป็นข้อมูลในการสังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติฯ จำนวน 12 เรื่อง นำมาจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับตามแนวคิดของ NHMRC¹⁵ ดังนี้

- 1) ระดับ 1 หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง¹⁸
- 2) ระดับ 2 งานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่าง 2 เรื่อง^{4,19}
- 3) ระดับ 3.1 หลักฐานอ้างอิงจากวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 2 เรื่อง²⁰⁻²¹
- 4) ระดับ 3.2 งานวิจัยที่อ้างอิงจากการศึกษาไปข้างหน้าหรือรายการ 4 เรื่อง²⁶⁻²⁸
- 5) ระดับ 4 หลักฐานอ้างอิงที่เป็นแนวปฏิบัติ (Guideline) และข้อแนะนำ (Recommendation) 4 เรื่อง²⁶⁻²⁸

ขั้นตอนที่ 5 จัดทำร่างแนวปฏิบัติฯ: นำผลการศึกษาค้นคว้ามาสรุปและสังเคราะห์เป็นร่างแนวปฏิบัติฯ สำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ 18 กิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

- 1) เป็นผู้คลอดครั้งแรก 2 กิจกรรม
- 2) เป็นโรคหัวใจ โรคลมชัก และ ความดันโลหิตสูง 3 กิจกรรม
- 3) ฝีเย็บมีความยาวน้อยกว่า 4 เซนติเมตร 1 กิจกรรม
- 4) เคยตัดฝีเย็บและมีแผลเป็นบริเวณฝีเย็บ 1 กิจกรรม
- 5) เป็นการคลอดก่อนกำหนด ทารกทำกันหรือทำผิดปกติอื่น ๆ 3 กิจกรรม

- 6) ทารกมีน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม 2 กิจกรรม
- 7) มารดาไม่มีแรงเบ่ง 2 กิจกรรม
- 8) เป็นการคลอดล่าช้า 2 กิจกรรม
- 9) ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน 2 กิจกรรม

ระยะที่ 2: ระยะตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ: นำร่างแนวปฏิบัติไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่า CVI = 0.91

ขั้นตอนที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ: เนื่องจากกิจกรรมทุกข้อได้คะแนน > 3 ผู้ศึกษาจึงเพียงปรับแก้ไขคำอธิบายในกิจกรรมบางอย่างให้มีความชัดเจนขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ไม่ต้องตรวจสอบซ้ำอีกหลังการปรับแก้ไข

ขั้นตอนที่ 8 ทดสอบประสิทธิภาพการนำไปใช้: ผู้ทดสอบแนวปฏิบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอดจำนวน 6 คน และผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังที่มากคือ ๓ ห้องคลอด โรงพยาบาลโซพิสัย โดยกำหนดให้พยาบาลทดลองปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวปฏิบัติ คนละ 2 ครั้ง ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในเวรเช้า 6 ครั้ง เวรบ่าย 6 ครั้ง รวมผู้คลอด 12 รายเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ถึง 30 พฤศจิกายน 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติของ Mason¹⁷ ใช้การประเมินแบบตรวจสอบรายการ 2 ตัวเลือกคือ “ปฏิบัติ” และ “ไม่ปฏิบัติ” โดยให้ระบุเหตุผลเพิ่มเติมกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้วิเคราะห์คุณภาพในการนำไปปฏิบัติโดยใช้คำร้อยละ

2) แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอดในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาตัดแบบสอบถามมาจากแนวทาง

การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดผลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามยุทธศาสตร์การพยาบาล พ.ศ. 2550²⁹ มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่ (1) ความชัดเจนของเนื้อหา (2) ความยากง่ายในการปฏิบัติ (3) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (4) ความเหมาะสมกับอัตรากำลัง เวลา และงบประมาณ (5) ประโยชน์ต่อหน่วยงาน (6) ทำให้ลดการตัดฝีเย็บที่ไม่จำเป็นได้ (7) สามารถลดความรุนแรงของการการฉีกขาดของฝีเย็บได้ (8) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัสดุในการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บและ (9) ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาล แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น “เห็นด้วยน้อย” “เห็นด้วยปานกลาง” และ “เห็นด้วยมาก” วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นโดยการแจกแจงความถี่

ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลโซพิสัย จำนวน 6 คน จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุน้อยที่สุดคือ อายุ 22 ปี ส่วนอายุมากที่สุดคือ 35 ปี อายุเฉลี่ย 28.5 ปี ทุกคนจบการระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ทำงานในห้องคลอดระหว่าง 1 – 8 ปี (เฉลี่ย 5 ปี)

2. การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติสำหรับประเมินข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ 18 กิจกรรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงร้อยละ 100 โดยสามารถปฏิบัติได้ครบทั้ง 12 ครั้ง

3. การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ

พยาบาลทั้ง 6 คน เห็นด้วยในระดับมากกว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน เหมาะสมกับอัตรากำลังและงบประมาณ ไม่มีความยุ่งยากต่อการนำไปปฏิบัติ สามารถลดอัตราการตัดฝีเย็บที่ไม่จำเป็นและลดความรุนแรงของการฉีกขาดของฝีเย็บได้ โดยให้ข้อคิด

เห็นเพิ่มเติมว่า ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม อาจต้องพิจารณา ร่วมกับการประเมินข้อบ่งชี้อื่น ๆ ด้วย เช่นการประเมินว่าช่องคลอดกว้าง ยืดขยายได้ดี และเห็นว่าแนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในแผนกห้องคลอดต่อไป

4. การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ

พยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจต่อการทดลองใช้แนวปฏิบัติ โดยเห็นด้วยในระดับมากกว่า แนวปฏิบัติมีเนื้อหาชัดเจน ง่ายในการปฏิบัติ เหมาะสมกับอัตราค่าจ้าง เวลา และงบประมาณ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัสดุในการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ สามารถลดการตัดฝีเย็บที่ไม่จำเป็นและลดความรุนแรงของการการฉีกขาดของฝีเย็บได้ ทั้งนี้ พยาบาล 1 คนเห็นด้วยในระดับปานกลางว่า แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า หน่วยงานห้องคลอดควรมีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อทั้งผู้รับบริการและหน่วยงาน ตลอดจนเกิดความยั่งยืนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

5. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติ พบว่าผู้คลอดจำนวน 2 ใน 12 รายได้รับการตัดฝีเย็บช่วยคลอดจากการประเมินพบว่าเป็นการคลอดก่อนกำหนด 1 ราย และทารกมีภาวะ Fetal distress ในขณะที่มารดาเบ่งคลอด 1 ราย อีก 10 รายไม่ได้รับการพิจารณาตัดฝีเย็บในการคลอด ซึ่งเป็นผู้คลอดครั้งแรกหรือเป็นการคลอดครั้งแรก 5 ราย และเป็นผู้คลอดที่คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์มากกว่า 3,500 กรัมอีก 3 ราย ซึ่งผลการคลอดของผู้คลอด 10 รายที่ไม่ได้พิจารณาให้ตัดฝีเย็บพบว่า มี 4 รายที่ฝีเย็บฉีกขาดเองระดับ 1 ส่วนอีก 6 ราย ไม่พบการฉีกขาดของฝีเย็บ

อภิปรายผล

1. ระยะเวลาแนวปฏิบัติ:

การพบปฏิบัติการการตัดฝีเย็บเป็นจำนวนมาก รวมทั้งข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลกระทบของการตัดฝีเย็บต่อสุขภาพที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเรื่องการตัดฝีเย็บ เมื่อนำแนวคิดของ NHMRC¹⁵ และการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม¹⁶ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทำให้สามารถกำหนดประเด็นปัญหาได้ชัดเจน ได้รับความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงเจ้าหน้าที่และแพทย์ที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากทุกคนได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและแสดงความคิดเห็น จึงทำให้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของร่วมกัน¹⁶

2. ระยะเวลาตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ:

แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและน่าเชื่อถือ รวมทั้งได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) 0.91 ทำให้มีความน่าเชื่อถือตามหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลมีความชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ รวมทั้งกระบวนการพัฒนานั้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ทำให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและให้ความร่วมมือในการนำไปทดลองใช้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงถึงร้อยละ 100

การทดลองใช้แนวปฏิบัตินี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลในเวรตึก เนื่องจากผู้ศึกษาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานห้องคลอด ซึ่งมีภารกิจทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการ และงานเอกสาร จึงไม่ได้ปฏิบัติงานในเวรตึก ดังนั้น จึงกำหนดการทดลองใช้แนวปฏิบัติเฉพาะเวรเช้าและเวรบ่ายเท่านั้น เพื่อให้ผู้ศึกษาสามารถดำเนินการสังเกตการณ์ทดลองใช้แบบมีส่วนร่วมได้อย่างไรก็ตาม สามารถคาดการณ์ได้ว่า ข้อมูลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในเวรตึกไม่น่ามีความแตกต่างจากเวรบ่าย เนื่องจากห้องคลอดโรงพยาบาลโซฟิัสมีการจัดอัตราค่าจ้างในเวรเช้า : เวรบ่าย : เวรตึก เป็น 4 : 2 : 2 (เวรบ่ายและเวรตึกมีอัตราค่าจ้างเท่ากัน) นอกจากนี้ แม้

การสังเกตการณ์ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะทำให้ได้ข้อมูลจากการสังเกตโดยตรง แต่ก็อาจทำให้เกิดความลำเอียงได้ กล่าวคือ ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงาน อาจเป็นไปได้ว่า พยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ มีความรู้สึกว่าถูกสังเกตจึงมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ³⁰ และอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สามารถปฏิบัติจริงได้ถึงร้อยละ 100 ดังนั้น ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปประยุกต์ใช้จริงแต่ละหน่วยงานควรกำหนดการประเมินผลแนวปฏิบัติเพิ่มเติม เช่น ภายหลังจากประกาศการทดลองใช้แล้ว ให้หัวหน้าเวรเป็นผู้สังเกตการณ์โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ทราบล่วงหน้า และควรต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อความยั่งยืนของการปฏิบัติ

จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติในผู้คลอด 12 รายพบว่า สามารถใช้ประเมินผู้คลอดเพื่อค้นหาข้อบ่งชี้เพื่อพิจารณาการตัดฝีเย็บในการทำคลอดได้ โดยผู้คลอดจำนวน 2 รายได้รับการตัดฝีเย็บช่วยคลอดเนื่องจากมี การคลอดก่อนกำหนด 1 ราย และทารกมีภาวะ Fetal distress 1 ราย ในจำนวนผู้ที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บจำนวน 10 รายนี้ พบว่า เป็นผู้คลอดครรภ์แรกหรือเป็นการคลอดครั้งแรก 5 ราย และอีก 3 ราย เป็นผู้คลอดที่คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์มากกว่า 3,500 กรัม แต่ผู้ปฏิบัติไม่ตัดฝีเย็บเนื่องจากใช้การประเมินความยืดหยุ่นและการถ่างขยายของช่องคลอดร่วมด้วย ผลการปฏิบัตินี้แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบของแนวปฏิบัติฯ ในด้านการประเมินน้ำหนักตัวทารกและการเป็นผู้คลอดครรภ์แรกนั้น จะต้องได้รับการประเมินร่วมกับข้อบ่งชี้อื่นที่เกี่ยวข้องก่อนการพิจารณาตัดฝีเย็บด้วย

ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก และเห็นว่าแนวปฏิบัติฯ มีประโยชน์ง่ายต่อการนำไปใช้และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและหน่วยงาน เนื่องจาก กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มกระบวนการจึงทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ และมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติฯ นี้มีความชัดเจน ทั้งนี้ ใน

การประชุมกลุ่มย่อย พยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ได้แสดงความคิดเห็นว่า รายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาลในแนวปฏิบัติฯ เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่ได้ระบุจำเพาะว่าเป็นข้อบ่งชี้สำหรับประเมินเพื่อการตัดฝีเย็บช่วยคลอด ทำให้การปฏิบัติที่ผ่านมาไม่ครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม การมีแนวปฏิบัติฯ นี้ ทำให้ทุกคนเกิดความตระหนักว่า การตัดฝีเย็บต้องมีข้อบ่งชี้ไม่ควรถัดเป็นประจํา ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้คลอด ช่วยให้การดูแลในระยะคลอดมีมาตรฐานที่เป็นรูปแบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติทางคลินิก สามารถใช้ประเมินผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง เป็นแนวปฏิบัติฯ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตาม การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้จริงในหน่วยงานอื่นนั้น จะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติทุกคนได้ทดลองใช้ด้วยตนเอง เพื่อสร้างความเข้าใจ ลดปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการปฏิบัติ นอกจากนี้ จะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการประกาศใช้ และเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ อย่างจริงจังและทั่วถึง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการและเกิดความคุ้มค่าและประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้นโยบายปฏิบัติฯ เช่น ทำให้อัตราการตัดฝีเย็บที่เป็นกิจวัตรลดลงหรือไม่ ลดความรุนแรงในการบาดเจ็บของฝีเย็บหรือไม่ ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการจัดซื้ออุปกรณ์เย็บซ่อมแซมฝีเย็บหรือไม่ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Birth recommendations from the World Health Organization. [Access 2009 December 9]. Retrieved from <http://www.bellybelly.com.au/birth/recommendations->

- for-birth-from-the-world-health-organisation#.VIqxwSZxnIU
2. Lowenstein L, Drugan A, Gonen R, Itskovitz-Eldor J, Bardicef M, Jokobi P. Episiotomy: Beliefs, practice and the impact of education intervention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005; 123: 179-82.
 3. Albers LL, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Womens Health.* 2007 May-Jun; 52(3):246-53.
 4. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: the influence on the urethral pressure profile, analmanometric and other pelvic floor findings – follow-up study of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Jan; 84(1): 65-71.
 5. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth.* 1999 Mar; 26(1): 11-5.
 6. Hartman K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *J Med Assoc.* 2005 May 4;293(17): 2141-8.
 7. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG.* 2007 Oct;114(10): 1266-72.
 8. Kettle C, Ismail K, Mahony F. Dyspareunia following childbirth. *Obst Gynecol.* 2005 Jan; 7(4), 245-9.
 9. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009 Jan 21;(1):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
 10. Kettle C, Tohill S. Perineal care. *Clin Evid* (Online). 2008 Sep 24; 2008, 09: 1401.
 11. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia: A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008 Apr;137(2):152-6.
 12. Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring postnatal perineal, morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery.* 2007 Dec; 23(4):392-403.
 13. Webb DA, Culhane J. Hospital variation in episiotomy use and the risk of perineal trauma during childbirth. *Birth.* 2002 Jun; 29(2): 132-6.
 14. Medical record of Labour unit, Sophisai Hospital. Annual report of Labour unit 2008 – 2010. n.d. 2010.
 15. National Health and Medical Research Council. (1998). A Guide to Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. [Access 2010 May 10]. Retrieved from http://www.ausinfo.gov.au/genral/gen_hottobuy.htm.
 16. Valaisathien P, et al. Work process and techniques of the developers. Bangkok: Usa Printing Co., Ltd; 2003.
 17. Mason EJ. How to write meaningful standards of care. 3rd ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1994.
 18. Thinkhamrop J, Lumbiganon P. **Evidence-based obstetrics.** 2nd ed. Faculty of Medicine; 2007.
 19. Rizk DE, Thomas L. Relationship between the length of the perineum and position of the anus and vaginal delivery in primigravidae. *Int Urogynecol J pelvic floor dysfunct.* 2000; 11(2):79-83.
 20. Supadech C. Third and fourth degree perineal lacerations of episiotomy versus non-episiotomy

- in spontaneous vaginal deliveries at Phramong-kutkiao Hospital. Thai J Obst Gynaecol 2008, Vol. 16, pp. 199-20561-167.
21. Prechapanich J, Thitadilok W. Comparison of the accuracy of fetal weight estimation using clinical and sonographic methods. J Med Assoc Thai 2004; 87 (Suppl 3): S1-7.
 22. Senecal J, Xiong X, Fraser DW. Effect of fetal position on second-stage duration and labor outcome. Obst Gynecol, 2005 Apr;105(4):763-72.
 23. Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Pattamadilok J, Seekorn K, et al. The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. Reprod Health. 2007; 4: 10.
 24. Rujirakul O, et al. Effectiveness of fundal height measurement in the diagnosis of Macrosomia. [Access 2010 May 10]. Retrieved from <http://www.kkh.go.th/msokkh/chan.htm>
 25. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL, Risk factors for perineal injury during delivery. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jul; 189(1):255-60.
 26. Management and delivery of care to women in labour. NICE Intrapartum care. [Access 2009 February 19]. Retrieved from http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPC/NICE_Guidance.pdf
 27. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Episiotomy. ACOG Practice Bulletin 2006; 107:957-62.
 28. Association of woman's health, obstetric and neonatal nurses. Nursing care and management of the second stage of labor. Washington DC: Institute of Medicine; 2008.
 29. Nursing department, Office of the Permanent Secretary of MoPH. Strategies for nursing services 2007. 1st ed. Bangkok: Sam Charoen Pha Nit Printing; 2007.
 30. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: You & I Intermedia, Ltd; 2010.