การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก

Development and Feasibility Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines on Performing Restrictive Episiotomy during Childbirth

ชุลี บุญเลิศ พย.ม (Chulee Bunlers, MSN) [1]

บทคัดย่อ

การตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกควรทำเท่าที่จำเป็นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารกและประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ การศึกษาประกอบด้วย 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และ 2) การประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และความพึงพอใจจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 14 ราย และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 31 มีนาคม 2557 จำนวน 416 ราย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไป ใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติและแบบบันทึกการดูแลระยะคลอด โดยใช้ สถิติเชิงบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารกที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยเนื้อหา 2 ด้าน คือ 1) การตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารก และ 2) การป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด ส่วนการประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ พบว่า มีการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกร้อยละ 36.30 ผู้รับบริการที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บในการช่วยคลอด ร้อยละ 63.70 พบว่า ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ ร้อยละ 60 ฉีกขาดระดับ 1 ร้อยละ 35.47 ฉีกขาดระดับ 2 ร้อยละ 4.53 และไม่พบการฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนักระดับ 3 และระดับ 4

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารกที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้ โดยไม่เกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้รับบริการ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การตัดฝีเย็บ

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา
เบอร์โทรศัพท์ 809-8696761 E-mail : chu5584@hotmail.com

Abstract

Restrictive Episiotomy during childbirth should be done only when necessary. It is not a routine practice. The present research aimed to develop the Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) of performing restrictive episiotomy during childbirth, and evaluate its feasibility. The study was divided into two phases: 1) developing a CNPG based on the guideline development of the National Health and Medical Research Council of Australia (contents validated and approved by three experts) and 2) evaluation of the CNPG's feasibility and satisfaction of 14 midwives who implemented the CNPG, and 3) evaluation of clinical outcomes of 419 mothers who were admitted in a hospital for six months; it is to say from October 1, 2013 to March 31, 2014. Research instruments consisted of: 1) the feasibility evaluation form, 2) the satisfaction toward using CNPG questionnaire, and 3) the labor documentation. Data was analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the developed CNPG contents composed of 2 domains: 1) performing episiotomy during childbirth, and 2) perineal protection. The feasibility and the satisfaction of the CNPG as evaluated by the midwives was at a high level. The CNPG was implemented in all 416 singleton cephalic vaginal deliveries. The medio-lateral episiotomy was performed in 36.30% of the sample-- 60 % with intact perineum, 35.47 % with first-degree perineal laceration, 4.53 % with second-degree perineal laceration. No third- or fourth-degree perineal laceration was found.

The findings showed that the developed CNPG is effective and should be implemented for performing restrictive episiotomy in singleton cephalic delivery.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Restrictive Episiotomy

บทนำ

การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งช่วยให้ทีมบุคลากรทางการพยาบาลตัดสินใจหาวิธีที่ดีที่สุดในการให้การดูแลผู้รับบริการ ปัจจุบันจึงพบว่าพยาบาลมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการวินิจฉัยและแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของพยาบาลที่อยู่ในสาขานั้นๆ โดยต้องมีการวิเคราะห์ ประเมินและพิจารณาว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้มีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงเพียงใด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, 2556)

ปัจจุบันมีการศึกษาและหลักฐานเชิงประจักษ์หลายการศึกษาที่บ่งชี้ว่าการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารก เป็นเวชปฏิบัติที่ไม่จำเป็นในกระบวนการคลอด เนื่องจากการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน (Carroli & Mignini, 2009; Eckman, et al., 2010; Konnyu, Grimshaw & Moher, 2011; Shahraki, Aram, Pourkabirian, Khodaee & Choupannejad, 2011; Nkwabong & Kouam, 2012; Macleod, Goyder, Howarth, Bahl, Strachan & Murphy, 2013) ในขณะเดียวกันการปฏิบัติอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้รับบริการ (เจศฎา ถิ่นคำรพ และภิเศก ลุมพิกานนท์, 2550; Carroli & Mignini, 2009) อีกทั้งยังเพิ่มภาระงานและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเย็บแผลฝีเย็บ (Konnyu, Grimshaw & Moher, 2011) แต่ปัจจุบันกิจกรรมดังกล่าวก็ยังคงมีอยู่ ซึ่งเป็นการทำตามประสบการณ์และความถนัดของแพทย์/พยาบาลผดุงครรภ์ (Nkwabong & Kouam, 2012)

สำหรับในบริบทการดูแลระยะคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ในปี 2556 พบว่ามีการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารก ร้อยละ 38.84 โดยพยาบาลให้เหตุผลสนับสนุนที่ต่างกัน ตามประสบการณ์และความถนัดของพยาบาลแต่ละคน ในขณะที่อัตราการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกที่ยอมรับได้นั้นไม่ควรเกินร้อยละ 30 (Eckman, et al., 2010) จากข้อมูลบ่งชี้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกนั้น ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการดูแลผู้รับบริการ การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาลในการดูแลระยะคลอดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นมาตรฐานเดียวกันและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลมารดาและทารกในระยะคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1998) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดหัวข้อการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือการแก้ไขปัญหาทางคลินิกโดยการวิเคราะห์ความต้องการของหน่วยงาน ตั้งคำถามทางคลินิก และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องเพื่อตอบคำถามทางคลินิกที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2 การสรุป เป็นการสังเคราะห์หลักฐานเพื่อให้ได้ข้อสรุป และคำตอบที่สอดคล้องกับโจทย์หรือคำถามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาเครื่องมือที่จะนำหลักฐานไปใช้ทางคลินิก เป็นการนำข้อแนะนำที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ไปพัฒนาเป็นวิธีปฏิบัติทางการพยาบาล แนวทางการปฏิบัติทางคลินิก หรือเครื่องมืออื่น ๆ ที่นำไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการ หรือพัฒนาเป็นเครื่องมือเพื่อการวัด การประเมิน หรือแบบบันทึก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การบูรณาการเข้าสู่การปฏิบัติตามสถานการณ์จริง ซึ่งต้องใช้กลยุทธ์ในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น และการเปลี่ยนนโยบายเพื่อให้เกิดการนำไปใช้ในคลินิกอย่างจริงจัง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ เป็นการประเมินเพื่อสะท้อนคุณภาพของการบริการและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการ

การศึกษาครั้งนี้จึงแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์และกำหนดปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางคลินิก การทบทวน และประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และการร่างแนวปฏิบัติ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ 2) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้และผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการ

วิธีการดำเนินการ

การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาสถานการณ์และกำหนดปัญหา ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลในการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารก ในบริบทการดูแลระยะคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2556 โดยรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาล รายงานอุบัติการณ์ การสังเกตการปฏิบัติงานและการสอบถามพยาบาลผดุงครรภ์จำนวน 5 ท่าน พบว่า พยาบาลมีประสบการณ์และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกที่แตกต่างกัน โดยให้เหตุผลสนับสนุนที่ต่างกัน เช่น การตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกจะลดการฉีกขาดของช่องทางคลอดและฝีเย็บไม่ให้ลึกเลยไปถึงหูรูดและทวารหนัก ลดระยะเวลาที่ช่องคลอดถูกยืดขยายซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อน มดลูกหย่อน กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ตามมา อีกทั้งการตัดจะช่วยให้การฉีกขาดของแผลเป็นแนวตรง สามารถเย็บได้ง่ายกว่าการปล่อยให้ฉีกขาดเอง ในขณะที่บางคนก็ให้เหตุผลว่าการตัดฝีเย็บอาจทำให้มีการเสียเลือด การฉีกขาดมากขึ้น อีกทั้งยังต้องสิ้นเปลืองวัสดุและเสียเวลาไปกับการเย็บแผล และจากการสนทนากลุ่มย่อยผู้รับบริการ

คลอดจำนวน 8 ราย พบว่า ผู้รับบริการคลอด 2 ราย ต้องการให้ช่องทางคลอดฉีกขาดเองโดยไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บตามความเชื่อของตนเอง

1.2 การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารกที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลระยะคลอดเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกและกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกไม่เกินร้อยละ 30 และระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ/หูรูดทวารหนักระดับ 3 และระดับ 4 ในผู้รับบริการที่ไม่ได้ตัดฝีในการช่วยคลอดทารกเท่ากับ 0

1.3 การทบทวนวรรณกรรมและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยทำการสืบค้นงานวิจัยทั้งในรูปงานวิจัยเดี่ยวๆ และกลุ่มของงานวิจัยที่ได้รับการสังเคราะห์แล้ว จากฐานข้อมูลอิเล็คทรอนิคส์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์และวิจัยในประเทศไทย ฐานข้อมูล PUBMED, CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE และ Cochrance Database โดยกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นด้วย PICO Format (รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, 2556) ซึ่งคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ Clinical Nursing Practice Guideline, Episiotomy รวมทั้งเอกสารอ้างอิงที่ไม่ได้ลงตีพิมพ์ในวารสาร หรือไม่ได้อยู่ในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ

การประเมินคุณภาพของหลักฐาน ใช้วิธีการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (The Joanna Briggs Institute, 2011) ได้แก่

ระดับ 1 ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากงานวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่างและควบคุมตัวแปร (Well-designed Randomized Controlled Trials [RCT])

ระดับ 2 ได้จากงานวิจัย RCT ที่มีการออกแบบวิจัยที่ดี

ระดับ 3.1 เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยทดลองที่มีการออกแบบวิจัยที่ดี แต่ไม่มีการสุ่ม (จัดเป็นกึ่งทดลอง)

ระดับ 3.2 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Cohort Studies) หรือ Case Controlled ที่มีการเก็บข้อมูลจากหลายๆแหล่งหรือมีนักวิจัยร่วมกันมากกว่า 1 กลุ่ม

ระดับ 3.3 เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหลายช่วงเวลา (Multiple Time Series) โดยอาจเป็นงานวิจัยที่ได้จากงานวิจัยทดลองที่ไม่มีการควบคุมแต่ผลการวิจัยมีความสำคัญมาก

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่เป็นข้อคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ รายงานวิจัยเชิงบรรยาย รวมทั้งบันทึกรายงานของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดเกรดของข้อแนะนำตามความสามารถในการนำไปใช้ ไดแก่ เกรด A คือ สนับสนุนให้นำไปปฏิบัติ เกรด B คือ สนับสนุนระดับกลางๆ ว่าน่าจะได้ประโยชน์หากนำไปปฏิบัติ และเกรด C คือไม่สนับสนุนให้นำไปปฏิบัติ

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในครั้งนี้มีจำนวน 11 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews and Meta-analysis) จำนวน 4 เรื่อง (ระดับ 1, เกรด A) (เจศฎา ถิ่นคำรพและภิเศก ลุมพิกานนท์, 2550; Carroli & Mignini, 2009; Konnyu, Grimshaw & Moher, 2011; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) งานวิจัย Randomized Controlled trials จำนวน 1 เรื่อง (ระดับ 2, เกรด A) (Macleod, Goyder, Howarth, Bahl, Strachan & Murphy, 2013) งานวิจัยทดลองที่มีการออกแบบวิจัยที่ดี แต่ไม่มีการสุ่ม (จัดเป็นกึ่งทดลอง) จำนวน 1 เรื่อง (ระดับ 3.1, เกรด A) (Shahraki, Aram, Pourkabirian, Khodaee & Choupannejad, 2011) รายงานการศึกษาที่ได้มาจากการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Cohort Studies) หรือ Case Controlled ที่มีการเก็บข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง จำนวน 2 เรื่อง (ระดับ 3.2, เกรด B) (เพียงจิตต์ วิรัชพงศานนท์ และอภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์, 2556.; เจตนา วัฒนาธิษฐาน, ศรพิณ อามาตย์ทัศน์ และสุมนมาลย์ มนัสศิริวิทยา, 2552) และงานวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหลายช่วงเวลา (Multiple Time Series) โดยอาจเป็นงานวิจัยที่ได้จากงานวิจัยทดลองที่ไม่มีการควบคุมแต่ผลการวิจัยมีความสำคัญมาก จำนวน 3 เรื่อง (ระดับ 3.3, เกรด A) (Eckman, et al., 2010; Nkwabong & Kouam, 2012; Reinbold, Eboue, Morello, Lamendour, Herlicoviez & Dreyfus, 2012)

2. การร่างแนวปฏิบัติและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลระยะคลอดเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก ที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย สูติ-นรีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ประจำห้องคลอด 3 ท่าน

3. การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.1 นำเสนอโครงร่างการทดลองนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในคลินิก ต่อคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา และเมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเริ่มดำเนินการ

3.2 จัดประชุมพยาบาลประจำห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติและร่วมแสดงความคิดเห็นในการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปใช้ในหน่วยงาน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากพยาบาลประจำการจำนวนทั้งหมด 14 ราย จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า 12 ราย และระดับปริญญาโททางการพยาบาลจำนวน 2 ราย ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1-28 ปี

3.3 เริ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารกที่คลอดปกติทุกราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 31 มีนาคม 2557 โดยมีผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น รวมจำนวน 416 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมเท่ากับ 50 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 38-50 หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับสูง คะแนน 24-37 หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับปานกลาง คะแนน 10-23 หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับต่ำ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน 0-10 คะแนน การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 8-10 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก คะแนน 4-7 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนน 0-3 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับต่ำ และมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3. แบบบันทึกการดูแลระยะคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บและระดับการฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนักในผู้รับบริการที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารก เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้และความพึงพอใจ โดยให้พยาบาลผดุงครรภ์ ตอบแบบสอบถามภายหลังการใช้แนวปฏิบัติและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บ ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนักในผู้รับบริการที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกทุกราย จากบันทึกรายงานการคลอดและบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนของผู้รับบริการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก มีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

1. ควรตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก ไม่ควรตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทุกราย (เจศฎา ถิ่นคำรพและภิเศก ลุมพิกานนท์, 2550; Carroli & Mignini, 2009; Konnyu, Grimshaw & Moher, 2011; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) (ระดับ 1, เกรด A) (Shahraki, Aram, Pourkabirian, Khodaee & Choupannejad**,** 2011) (ระดับ 3.1, เกรด A) (Eckman, et al., 2010; Nkwabong & Kouam, 2012; Reinbold, Eboue, Morello, Lamendour, Herlicoviez & Dreyfus, 2012) (ระดับ 3.3, เกรด A)

2. กรณีที่ควรทำการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารก มีดังนี้

2.1 ต้องใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด (Nkwabong & Kouam, 2012) (ระดับ 3.3, เกรด A)

2.2 การคลอดคืบหน้าไปอย่างช้ามาก (Nkwabong & Kouam, 2012) (ระดับ 3.3, เกรด A) (เจตนา วัฒนาธิษฐาน, ศรพิณ อามาตย์ทัศน์ และสุมนมาลย์ มนัสศิริวิทยา, 2552) (ระดับ 3.2, เกรด B)

2.3 ทารกคลอดก่อนกำหนด/ทารกตัวโต/ทารกคลอดติดไหล่ (Nkwabong & Kouam, 2012) (ระดับ 3.3, เกรด A)

2.4 ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะเครียด (distress) (Nkwabong & Kouam, 2012) (ระดับ 3.3, เกรด A)

2.5 ในรายที่กำลังจะมีการฉีกขาดของฝีเย็บถ้าไม่ตัดฝีเย็บจะมีโอกาสฉีกขาดมาก (เจศฎา ถิ่นคำรพและภิเศก ลุมพิกานนท์, 2550) (ระดับ 1, เกรด A) (Nkwabong & Kouam, 2012) (ระดับ 3.3, เกรด A)

3. วิธีการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกควรใช้การตัดฝีเย็บเฉียงออกไปด้านข้าง (mediolateral episiotomy) (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) (ระดับ 1, เกรด A) (Nkwabong & Kouam, 2012) (ระดับ 3.3, เกรด A) (เพียงจิตต์ วิรัชพงศานนท์, อภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์, 2556) (ระดับ 3.2, เกรด B)

4. การป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด ควร Save Perineum ด้วยวิธี Modified Ritgen Maneuver เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ศีรษะทารกเงยขึ้นเร็วเกินไป (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse & Spong, 2010)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำแผนภาพแสดงขั้นตอนการปฏิบัติ (ภาพ 1) เพื่อความชัดเจนและง่ายในการนำไปใช้

ภาพ 1 แนวปฏิบัติในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก มีดังนี้

1. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 14 ราย ให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. ระดับความพึงพอใจของผู้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยรวม พบว่า พยาบาลร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในระดับมาก และมีความคิดเห็นเพิ่มเติม คือ แผลฝีเย็บที่ฉีกขาดเองมีความลึกน้อยกว่าการตัดฝีเย็บ ทำให้ลดระยะเวลาในการเย็บแผล ภาระงานลดลง มีเวลาในการดูแลผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ให้ลูกเริ่มกินนมแม่ได้เร็วขึ้น

3. ผลลัพธ์ทางคลินิก

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารกจำแนกตามการฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนัก (n=416)

การฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนัก	จำนวน	ร้อยละ
การตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารก		
ไม่ตัดฝีเย็บ	265	63.70
ตัดฝีเย็บ	151	36.30
การฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนักกรณีไม่ตัดฝีเย็บ		
ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ	159	60
ฝีเย็บฉีกขาดระดับ 1	94	35.47
ฝีเย็บฉีกขาดระดับ 2	12	4.53
ฝีเย็บฉีกขาดระดับ 3	0	0
ฝีเย็บฉีกขาดระดับ 4	0	0

การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน กิจกรรมมีความเฉพาะเจาะจงต่อการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก มีแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ มีความครอบคลุมในการดูแลทั้งในส่วนของการตัดฝีเย็บและการป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด ซึ่งพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในงานห้องคลอด ส่งผลให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาในคลินิกได้ตรงประเด็น สามารถเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ได้เหมาะสมกับบริบทของการปฏิบัติ เพราะผู้ปฏิบัติทางคลินิกย่อมวิเคราะห์ได้ว่าหลักฐานที่จะนำมาใช้นั้นมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ พยาบาลผู้ปฏิบัติและทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงานหรือไม่ ทำให้วิเคราะห์หลักฐานได้ลุ่มลึก มองได้หลายแง่มุม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการปฏิบัติ นำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมและสามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติได้จริง (รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, 2556) ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น รวมทั้งผู้รับบริการจะได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพการพยาบาล

พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า การตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูงและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวพยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระเพราะอยู่ในขอบเขตหน้าที่ เป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความสอดคล้องกับความเชื่อและความต้องการของผู้รับบริการ (กัญญ์ชลา สาหมุน, 2554) การประเมินผลก็สามารถทำได้ง่ายไม่เพิ่มภาระหรือรบกวนการทำงานตามปกติของพยาบาลผู้ปฏิบัติ อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายและภาระงานในการเย็บแผลฝีเย็บ (Konnyu, Grimshaw & Moher, 2011)

การตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกนั้นมีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย โดยสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญ์ชลา สาหมุน (2554) ที่พบว่า การให้ช่องคลอดฉีกขาดเองโดยไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บ มีสัดส่วนความต้องการการดูแลสูงกว่าการดูแลที่ได้รับจริงจากพยาบาล ซึ่งเป็นการทำตามประสบการณ์และความถนัดของพยาบาลผดุงครรภ์ ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกอยู่ในช่วงร้อยละ 7- 31 (Konnyu, Grimshaw & Moher, 2011) ซึ่งทำโดยสูติแพทย์และแพทย์ฝึกหัดมากกว่าพยาบาลผดุงครรภ์ (Nkwabong, & Kouam, 2012) ทั้งนี้เนื่องจากบริบทการทำคลอดที่ต่างกัน อีกทั้งการตัดฝีเย็บยังคงมีความจำเป็นในกระบวนการคลอด โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด ทารกตัวโต คลอดติดไหล่ หรือทารกในครรภ์อยู่ในภาวะเครียด การคลอดคืบหน้าไปอย่างช้ามาก (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2010; Nkwabong, & Kouam, 2012) หรือในรายที่กำลังจะมีการฉีกขาดของฝีเย็บถ้าไม่ตัดฝีเย็บจะมีโอกาสฉีกขาดมาก (เจศฎา ถิ่นคำรพ และภิเศก ลุมพิกานนท์, 2550; Nkwabong & Kouam, 2012) นอกจากนี้การประเมินความยืดหยุ่นของช่องทางคลอดและการป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอดนั้นยังต้องอาศัยทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญของพยาบาลผู้ดูแลเป็นสำคัญ (Nkwabong & Kouam, 2012)

สำหรับการฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนักในผู้รับบริการที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกนั้นมีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยว่าการตัดฝีเย็บ ซึ่งเป็นการตั้งใจโดยตรงที่จะทำให้เกิดการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 2 และไม่พบการฉีกขาดของฝีเย็บและหูรูดทวารหนักระดับ 3 และระดับ 4 ดังนั้นจึงควรทำการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นและใช้วิธีการตัดฝีเย็บเฉียงออกไปด้านข้าง (mediolateral episiotomy) ในการช่วยคลอดทารก (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการตัดฝีเย็บในการช่วยคลอดทารกที่ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้การบูรณาการความรู้จากผลงานวิจัยที่เชื่อถือได้ ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความเชื่อหรือค่านิยมของผู้รับบริการ พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นในการช่วยคลอดทารก เพื่อพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลมารดาและทารกใน

ระยะคลอด โดยมีขั้นตอนของการพัฒนา คือ การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงาน และองค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม การรวบรวมและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์การพัฒนาเป็นวิธีปฏิบัติทางการพยาบาล การบูรณาการเข้าสู่การปฏิบัติตามสถานการณ์จริง และการประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ เพื่อสะท้อนคุณภาพของการบริการและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้และประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์พร้อมทั้งปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานก่อนที่จะนำไปใช้จริง

2. ก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีการฝึกทักษะของพยาบาลในการ Save Perineum โดยวิธี Modified Ritgen Maneuver ซึ่งจะช่วยให้ศีรษะทารกค่อยๆ เงยมาในช่วงเวลาที่เหมาะสมและทำให้ส่วนที่ผ่านปากช่องคลอดออกมาเป็นขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางที่เล็กที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้ศีรษะทารกเงยขึ้นเร็วเกินไปและป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด

3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและบูรณาการเข้ากับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานและปรับปรุงตามความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่เกิดขึ้นใหม่

เอกสารอ้างอิง

กัญญ์ชลา สาหมุน. (2554). ความต้องการการดูแลตามวัฒนธรรมและความเชื่อวิถีอิสลามและการดูแลที่ได้รับจริงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดของสตรีมุสลิม. ใน **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสาธารณสุขเรื่องการพัฒนาอย่างยั่งยืน**. วันที่ 20-21 กรกฎาคม 2554 จัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ณ โรงแรมหรรษา เจ บี อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.

เจตนา วัฒนาธิษฐาน, ศรพิณ อามาตย์ทัศน์ และสุมนมาลย์ มนัสศิริวิทยา. (2552). อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการปวดบริเวณฝีเย็บหลังคลอดบุตรครรภ์แรก. **Thai Journal of Obstetrics and Gynecology**, 17(3): 139-144

เจศฎา ถิ่นคำรพ และภิเศก ลุมพิกานนท์. (บรรณาธิการ). (2550). **สูติศาสตร์เชิงประจักษ์ Evidence-Based Obstetrics**. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

เพียงจิตต์ วิรัชพงศานนท์ และอภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์ (2556). อุบัติการณ์การฉีกขาดของหูรูดทวารหนักทางสูติกรรมจากการตัดฝีเย็บเฉียงออกไปด้านข้างด้วยมุม 60 องศาก่อนคลอด. **Thai Journal of Obstetrics and Gynecology**, 21(3): 95-100

รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**, 24(2): 94-108.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). **Guideline Summary NGC-5706: Episiotomy.** Retrieved July 3, 2013, from http://www.guideline.gov/content.aspx?id=10926

Carroli, G., & Mignini, L. (2009). **Episiotomy for Vaginal Birth**. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858. CD000081. pub2

Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., & Spong, C.Y. (Eds.). (2010). **Williams Obstetrics.** (23rd ed). Mc Graw Hill.

Eckman, A., et al. (2010). **Evaluating a Policy of Restrictive Episiotomy Before and After Practice Guidelines by the French College of Obstetricians and Gynecologists**. Retrieved July 3, 2013, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892475

Konnyu, K., Grimshaw, J., & Moher, D. (2011). **What are the Maternal and Newborn Outcomes Associated with Episiotomy during Spontaneous Vaginal Delivery? Ottawa Hospital Research Institute**. Retrieved July 3, 2013, from http:// www.ohri.ca/kta/docs/KTA-Episiotomy-Evidence-Summary.pdf

Macleod, M., Goyder, K., Howarth, L., Bahl, R., Strachan, B., & Murphy, D.J. (2013). **Morbidity Experienced by Women Before and After Operative Vaginal Delivery: Prospective Cohort Study Nested within a Two-centre Randomised Controlled Trial of Restrictive versus Routine use of Episiotomy.** Retrieved July 3, 2013, from. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23464382

National Health and Medical Research Council. (1998). **A Guide to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines**. Retrieved July 3, 2013, from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments / cp30.pdf.

Nkwabong, E., & Kouam, L. (2012). **Episiotomies During Deliveries of Singletons in Cephalic Presentation: The Incidence can be Reduced**. Retrieved May 3, 2013, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24293840

Reinbold D., Eboue C., Morello R., Lamendour N., Herlicoviez M., Dreyfus M. (2012). **From the Impact of French Guidelines to Reduce Episiotomy's Rate**. Retrieved May 3, 2013 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22018442

Shahraki, A.D., Aram, S., Pourkabirian, S., Khodaee, S., & Choupannejad, S. (2011). **A Comparison between Early Maternal and Neonatal Complications of Restrictive Episiotomy and Routine Episiotomy in Primiparous Vaginal Delivery.** Retrieved May 3, 2013 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed /22973367

The Joanna Briggs Institute. (2011). **Reviewer's Manual**. Retrieved July 3, 2013 from http://www.joaanbriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers Manual-2001.pdf.