

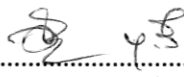
ผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการศึกษาค  
และความปวดของฝีเย็บจากการคลอด


สมพร แสงนวล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สิงหาคม 2561  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ สมพร แสงนวล ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

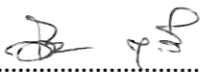
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

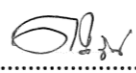
  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์พริยา สุภศรี)

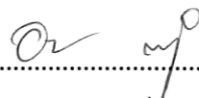
  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
..... ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณ พาทูวัฒนกร)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์พริยา สุภศรี)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีรัตน์ ชำอยู่)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง ของมหาวิทยาลัยบูรพา

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

วันที่ ๒๑ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และสร้างเสริมกำลังใจ เอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณ พาทูวัฒนกร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และกรรมการทุกท่าน ที่กรุณาให้ความข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้คำชี้แนะ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากหัวหน้าหน่วยงานห้องคลอด และผู้ร่วมงานหน่วยงานห้องคลอด หลังคลอด โรงพยาบาลบางละมุง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนผู้ที่มีความเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจ ซึ่งให้การ สนับสนุนผู้วิจัยในทุก ๆ ด้าน คอยเป็นกำลังใจอันดียิ่งมา

คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้ามีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

สมาพร แสงนวล

54920305:สาขาวิชา: การผดุงครรภ์ขั้นสูง; พย.ม. (การผดุงครรภ์ขั้นสูง)

คำสำคัญ: การบาดเจ็บของฝีเย็บ/ ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ/ ความปวดฝีเย็บ

สมาพร แสงนวล: ผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการฉีกขาดและความปวดของฝีเย็บจากการคลอด (THE EFFECTS OF PERINEAL TRAUMA PROTECTION PROGRAM ON DEGREE OF PERINEAL TEAR AND PERINEAL PAIN FOLLOWING VAGINAL BIRTH) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: พิริยา ศุภศรี, วท.ม., ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. Dr.PH. 74 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การคลอดทางช่องคลอดมักทำให้เกิดการบาดเจ็บ และความเจ็บปวดที่ฝีเย็บ ดังนั้น การป้องกันหรือลดการบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บจึงมีความสำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการฉีกขาดและความปวดของฝีเย็บจากการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 60 ราย โดย 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลฝีเย็บเป็นกิจวัตร 30 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบประเมินระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ และแบบประเมินความปวดของฝีเย็บ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบไคสแคว์และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 20.00, df = 1, p < .001$ ) แต่ความปวดของฝีเย็บไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{58} = 1.32, p > .05$ ) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีอัตราการฉีกของฝีเย็บจากการคลอดลดลง

54920305: MAJOR: ADVANCED MIDWIFERY; M.N.S. (ADVANCED MIDWIFERY)

KEYWORDS: PROGRAM/ DEGREE OF PERINEAL TEAR / PERINEAL PAIN

SAMAPORN SANGNAUL: THE EFFECTS OF PERINEAL TRAUMA

PROTECTION PROGRAM ON DEGREE OF PERINEAL TEAR AND PERINEAL PAIN

FOLLOWING VAGINAL BIRTH. ADVISORY COMMITTEE: PIRIYA SUPPASRI, M.Sc.,

TATIRAT TACHASUKSRI, Dr.P.H. 74 P. 2018.

Vaginal birth usually results in trauma and pain to the perineum. Therefore, protection and reduction of perineal trauma and perineal pain are important. This quasi-experimental research aimed to study the effect of perineal trauma protection program on degree of perineal tear and perineal pain after vaginal delivery. The participants were 60 parturients giving birth at a hospital in Chon Buri province between February to March 2018. The first 30 parturients were assigned to the control group which received routine perineal care while the other 30 parturients received the protection perineal trauma program. Data were collected by using a demographic questionnaire; the record form regarding pregnancy, birth information, and degree of perineal tear; and perineal pain assessment. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square and independent *t*-test.

Results revealed that the degree of perineal tear in experimental group was significantly lesser than these in the control group ( $X^2 = 20.00, df = 1, p < .001$ ). However, perineal pain was not significantly different ( $t_{58} = -1.32, p > .05$ ). It is recommended that midwives can apply this program to protect perineal trauma from vaginal childbirth

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
การบาดเจ็บของฝีเย็บ .....	9
การปวดของฝีเย็บ .....	16
การป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ .....	20
บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ .....	30
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	33
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	34
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	35
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	35
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	38
4 ผลการวิจัย .....	40
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	40

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล.....	47
สรุปผลการวิจัย.....	47
อภิปรายผลการวิจัย.....	48
ข้อเสนอแนะ.....	51
บรรณานุกรม.....	52
ภาคผนวก.....	59
ภาคผนวก ก.....	60
ภาคผนวก ข.....	65
ภาคผนวก ค.....	70
ภาคผนวก ง.....	72
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	74

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย.....	40
2	ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด จำแนกตามจำนวนครั้งการคลอด อายุครรภ์ ระดับยอดมดลูก เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด.....	42
3	ข้อมูลการฝึกหัดและคะแนนความปวดฝีเย็บของผู้คลอด.....	44
4	เปรียบเทียบระดับการฝึกหัดของฝีเย็บของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square .....	45
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดฝีเย็บของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test .....	46



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
2	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย .....	38

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอด เป็นกระบวนการตามธรรมชาติในการผลักดันทารกในครรภ์ออกสู่โลกภายนอก เริ่มด้วยมดลูกบีบรัดตัวขับให้ทารกเคลื่อนลงสู่ช่องทางคลอด การบีบตัวของมดลูกทำให้ปากมดลูกบาง (Effacement) และเปิดขยาย (Dilation) ทารกในครรภ์คลอดออกมาตามกลไกการคลอด ซึ่งผู้คลอดแต่ละรายจะใช้ระยะเวลาในการคลอดไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก แรงเบ่งของผู้คลอด ลักษณะช่องทางคลอดส่วนที่เป็นกระดูก (Body part) ได้แก่ กระดูกเชิงกราน และส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อ (Soft tissue) ได้แก่ การยืดขยายของปากมดลูก ความยืดหยุ่นของช่องทางคลอด และกล้ามเนื้อฝีเย็บ (Passage) ร่วมกับขนาดของทารกในครรภ์ (Passenger) (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ, 2551) เมื่อมดลูกบีบรัดตัวร่วมกับการเบ่งของผู้คลอด ก่อให้เกิดแรงดันที่ศีรษะทารกต่อผนังช่องทางคลอด ซึ่งแรงดันเฉลี่ยของศีรษะทารกในครรภ์ที่กดช่องทางคลอดอยู่ที่ 100 มิลลิเมตรปรอท และสูงได้ถึง 230 มิลลิเมตรปรอท ทำให้เนื้อเยื่ออ่อนของช่องทางคลอดถูกยืดขยาย (Stretched) และถูกกดทับ (Compressed) ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บได้ (Goldberg, 2007)

การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอดมักเกิดขึ้นได้เสมอ ไม่ว่าจะเกิดจากการฉีกขาดเอง หรือการตัดฝีเย็บหรือเกิดจากทั้งสองสาเหตุรวมกัน อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ฝีเย็บแตกต่างกันตามรายงานการศึกษา ดังการศึกษาของ Mohamed (2016) พบว่า การคลอดที่มีความเสี่ยงต่ำมีอุบัติการณ์การฉีกขาดของฝีเย็บ ร้อยละ 43 ฝีเย็บไม่ฉีกขาด (Perineum intact) ร้อยละ 57 การศึกษาของ Shahraki, Aram, Pourkabirian, Khodae, and Choupannejad (2011) พบว่า กลุ่มที่จำกัดการตัดฝีเย็บ (Restrictive episiotomy) ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 1 ร้อยละ 80 และมีการตัดฝีเย็บ ร้อยละ 7.5 แต่การฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 2 และ 3 ของกลุ่มที่จำกัดการตัดฝีเย็บ และกลุ่มที่ตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร (Routine episiotomy) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เชียรชัย ชันวิจิตร และธิดารัตน์ ชวงค์เหลือง (2559) พบว่า กลุ่มที่ตัดฝีเย็บมีฝีเย็บฉีกขาดในระดับที่ 3 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ตัดฝีเย็บแต่การฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 4 ใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มที่ไม่ตัดฝีเย็บมีการฉีกขาดของบริเวณผนังช่องคลอดด้านหน้าหรือด้านข้างหรือ Clitoris มากกว่ากลุ่มที่ตัดฝีเย็บ

อุบัติการณ์การบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บจะเพิ่มมากขึ้นจากการใช้เครื่องมือช่วยคลอด ดังการศึกษาของ Gurol-Urganci et al. (2013) ในประเทศสหราชอาณาจักร ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2012 พบอัตราการตัดฝีเย็บอยู่ในระหว่างร้อยละ 30-36 การฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่สาม และสี่เพิ่มขึ้น 3 เท่า จากร้อยละ 1.08 เป็นร้อยละ 5.9 จากการใช้เครื่องมือช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.8 เป็นร้อยละ 78.6 นอกจากนี้ การบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บยังแตกต่างกันตามสถานที่คลอด ดังการศึกษาของ Smith, Price, Simonite, and Burns (2013) พบว่า ผู้คลอดที่คลอดที่บ้าน (Homebirth) และในหน่วยบริการในชุมชนภายใต้การนำของผดุงครรภ์ (Freestanding midwifery-led units) มีอัตราฝีเย็บไม่ฉีกขาดมากกว่าผู้คลอดที่คลอดในโรงพยาบาล มีการตัดฝีเย็บน้อยกว่า แต่ผู้คลอดที่คลอดในโรงพยาบาลมีอัตราการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับ 3-4 มากกว่า ส่วนอุบัติการณ์การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอดในประเทศไทยยังไม่พบรายงานโดยภาพรวม แต่จากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยไม่มีการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรก

การบาดเจ็บของฝีเย็บส่งผลกระทบต่อหรือภาวะแทรกซ้อนต่อผู้คลอดได้ในระยะสั้น และในระยะยาว ผลกระทบจากการบาดเจ็บของฝีเย็บในระยะสั้น ได้แก่ การปวดบริเวณที่บาดเจ็บ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้มากที่สุด ก้อนเลือดสะสมใต้ช่องทางคลอด (Hematoma) และติดเชื้อที่ฝีเย็บ (Al-Zein, Jarrah, & Al-Jaghibir, 2013) อาการปวดฝีเย็บอาจมีได้ถึง 7 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระยะหลังคลอด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่า การอุ้มทารก และการให้นมบุตรด้วยความลำบาก (Al-Zein et al., 2013) ส่วนผลกระทบต่อผู้คลอดในระยะยาว ได้แก่ กล้ามเนื้อฝีเย็บและพื้นเชิงกรานหย่อนยาน ความดิ่งตัวไม่ดี (Williams, Herron-Marx, & Knibb, 2007) มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ กลั้นปัสสาวะ และอุจจาระไม่อยู่ (Anal incontinence) ผู้คลอดที่ตัดฝีเย็บจะมีภาวะกลั้นอุจจาระไม่อยู่มากกว่าผู้คลอดที่ไม่ตัดฝีเย็บ 1.74 เท่า และผู้คลอดที่ฝีเย็บฉีกขาดระดับ 3-4 จะมีภาวะกลั้นอุจจาระไม่อยู่มากกว่า 2.66 เท่าเมื่อเทียบกับผู้คลอดที่ฝีเย็บฉีกขาดน้อยกว่าระดับ 3-4 (Lacross, Groff, & Smaldone, 2015) และความรู้สึkpวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (Dyspareunia) ในทางตรงข้ามผู้คลอดที่ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บมีความปวดน้อยที่สุด สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เร็วกว่าและมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า (Radestad, Olsson, Nissen, & Rubertsson, 2008; Williams et al., 2007)

การตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บ แต่มีการกระทำกันเป็นกิจวัตรด้วย จุดประสงค์เพื่อเพิ่มความกว้างของช่องทางคลอด ป้องกันการฉีกขาดเองของฝีเย็บ ช่วยลดระยะเวลาในการคลอด และสะดวกในการเย็บซ่อมแซม เนื่องจากผลที่ตัด

มีแนวเรียบ ไม่รุ่งหรั่งเหมือนแผลฝีเย็บที่ฝึกขาตนเอง ทำให้แผลฝีเย็บมีอาการเจ็บปวดน้อยลง การหายของแผลเร็วขึ้น ป้องกันการฉีกขาดของปากช่องคลอด (Vagina) ช่องคลอด (Birth canal) กล้ามเนื้อพื้นอุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscles) หูดทวารหนัก (Anal sphincter) และเยื่อช่องทวารหนัก (Rectal mucosa) ลดอันตรายต่อศีรษะทารกต่อการถูกกดเป็นเวลานาน แต่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน พบว่า การตัดฝีเย็บไม่ช่วยให้แผลฝีเย็บมีอาการเจ็บปวดน้อยลง และการหายของแผลเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการไม่ตัดฝีเย็บ นอกจากนี้ยังพบว่า การตัดฝีเย็บแทนที่จะลดการฉีกขาดหูดทวารหนัก และ เยื่อช่องทวารหนัก แต่กลับเพิ่มการฉีกขาดของหูดทวารหนักและเยื่อช่องทวารหนักให้มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ตัดฝีเย็บ (Rodiguez, Arenas, Osorio, Mendez, & Zuleta, 2008) แต่อย่างไรก็ตาม การไม่ตัดฝีเย็บก็ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บด้านหน้าได้ (Anterior perineal trauma) ได้แก่ การฉีกขาดของแคม (Labia) ผนังช่องคลอด (Vagina wall) ท่อปัสสาวะ (Urethra) และคลิตอริส (Clitoris) (Carroli & Mignini, 2009) ดังนั้น การตัดฝีเย็บจึงควรกระทำเฉพาะเท่าที่จำเป็น ไม่ควรกระทำเป็นกิจวัตร รวมทั้งควรใช้เทคนิคอื่น ๆ ในการช่วยให้ฝีเย็บได้รับบาดเจ็บน้อยลง โดยอาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การให้ช่องทางคลอดค่อย ๆ ยืดขยาย การลดแรงดันที่กระทำต่อฝีเย็บอย่างรุนแรง และการเพิ่มขยายช่องทางคลอด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เทคนิคที่ช่วยฝีเย็บได้รับบาดเจ็บจากการคลอดน้อยลงที่อาศัยหลักการดังกล่าว ได้แก่ การจัดทำคลอด วิธีการเบ่งคลอด และการประคองฝีเย็บ

การจัดท่าคลอด ท่าคลอดมีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มขนาดของช่องทางคลอด และมีผลต่อการฉีกขาดของฝีเย็บ ในปัจจุบันผู้คลอดส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยการจัดท่าคลอดนอนหงายราบชันเข้า (Dorsal recumbent) หรือนอนหงาย ขาพาดบนขาหยั่ง (Lithotomy) เนื่องจากท่าเหล่านี้ทำให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ดูแลคลอด สามารถมองเห็นการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกได้ดี ง่ายต่อการตัดฝีเย็บ แต่ท่านี้ทำให้ปลายกระดูกก้นกบถูกกดทับกับเตียง ไม่ขยับ ไม่สามารถขยายช่องทางคลอดออกไปทางด้านหลังได้เมื่อทารกเคลื่อนผ่านช่องเชิงกราน เพิ่มการฉีกขาดของฝีเย็บ (Terry, Westcott, O'Shea, & Kelly, 2006) ท่าคลอดที่ช่วยเพิ่มขนาดของช่องทางคลอดควรเป็นท่าที่ปลายกระดูกก้นกบไม่ถูกกดทับหรือสามารถกางออกได้ เช่น ท่านั่งยอง (Squatting) ท่าอนตะแคง (Lateral position) ท่าสี่ขา (All four position) เนื่องจากท่าคลอดเหล่านี้ ทำให้ปลายของกระดูกก้นกบสามารถกางออก เพิ่มความกว้างของช่องเชิงกราน (Fraser & Cooper, 2009) เมื่อเปรียบเทียบการฉีกขาดของฝีเย็บในท่าคลอดต่าง ๆ พบว่า ท่าคลอดนอนตะแคงมีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าท่าคลอดอื่น ๆ (Soong & Barnes, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shorten, Dosante, and Shorten (2002) ที่พบว่า ท่าคลอดนอนตะแคงเป็นท่าที่ฝีเย็บไม่ฉีกขาดมากที่สุด (ร้อยละ 66.6)

รวมทั้งผีเสื้อปีกขาด และต้องเขี่ยซ่อมแซมม้น้อยที่สุด เนื่องจากท่าคลอดนี้ นอกจากจะเพิ่มขนาดของช่องเชิงกรานแล้วยังเป็นท่าที่ไม่ได้อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลกในการเสริมการเคลื่อนต่ำของทารกในครรภ์ (Gravity-neutral positions) จึงมีแรงดันต่อพื้นเชิงกรานน้อยกว่าท่าคลอดอื่น ๆ ทำให้ทารกค่อย ๆ เคลื่อนผ่านออกมา ลดการฉีกขาดของผีเสื้อ ซึ่งต่างจากท่านั่งของที่อยู่ ในแนวแรงโน้มถ่วงของโลก จึงมีแรงดันต่อพื้นเชิงกรานมากกว่า ทำให้ทารกเคลื่อนผ่านได้เร็วกว่า มีโอกาส ที่ผีเสื้อจะฉีกขาดมากกว่า และเป็นท่าที่มีการฉีกขาดของผีเสื้อในระดับรุนแรงมากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 53) ส่วนท่าคลอดนอนราบศีรษะสูงมีอัตราการตัดผีเสื้อมากกว่าท่าอื่น ๆ มีการฉีกขาด และเขี่ยซ่อมแซมผีเสื้อมากถึงร้อยละ 84.4

วิธีการเบ่งคลอด แรงดันที่มีต่อพื้นเชิงกรานมีอิทธิพลต่อการฉีกขาดของผีเสื้อ คือ แรงเบ่งของผู้คลอด การเบ่งคลอดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ การควบคุมการเบ่งคลอด (Control pushing หรือ Valsalva pushing) เป็นการเบ่งแบบปิดช่องทางลมหายใจ (Closed glottis) โดยกลั้นลมหายใจ และเบ่งลงก้นให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำซ้ำหลายครั้งตลอดการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิดแรงเบ่งและแรงดันที่รุนแรง ศีรษะทารกเคลื่อนผ่านช่องทางคลอดอย่างรวดเร็ว ผลคือ ผีเสื้อเกิดการดึงรั้งด้วยความแรงและรวดเร็ว ทำให้เกิดการฉีกขาดและความปวดผีเสื้อมากขึ้น (Peterson & Besuner, 1997) นอกจากนี้ การเบ่งแบบนี้ยังทำให้ผลลัพธ์ของการคลอดที่ไม่ดี กล่าวคือ ปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจของผู้คลอดลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปสู่ร่างกายลดลง เลือดไปเลี้ยงมดลูกกับรกน้อยลง ทำให้ความดันโลหิตต่ำ ส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ ดังนั้น การให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเอง (Spontaneous pushing) เป็นการเบ่งคลอดด้วยเทคนิคของผู้คลอดเอง ตามกระบวนการทางสรีรวิทยาการคลอดหรือสัญชาตญาณของการคลอด โดยการเบ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผู้คลอดมีความรู้สึกอยากเบ่งอย่างเต็มที่ จนไม่สามารถควบคุมให้อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจได้ ซึ่งจะเกิดเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำกดบริเวณผีเสื้อจนเกิดการยืดขยาย ผู้คลอดจะเกิดความรู้สึกอยากเบ่งจนไม่สามารถทนได้ (Ferguson's reflex) ลักษณะการเบ่งเป็นแบบเปิดช่องทางลมหายใจ (Opened glottis) จำนวนครั้งและระยะเวลาของการเบ่งขึ้นกับความรู้สึกของผู้คลอด โดยทั่วไปใช้เวลา 4-6 วินาที/ ครั้ง อาจมีการออกเสียงร่วมด้วยก็ได้ แรงเบ่งจึงไม่รุนแรง ส่งผลให้ศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนออกมาอย่างช้า ๆ ผีเสื้อค่อย ๆ ยืดขยาย การดึงรั้งจึงไม่รุนแรง การชอกช้ำ และการบาดเจ็บของผีเสื้อเกิดขึ้นน้อยกว่า ความเจ็บปวดผีเสื้อในระยะหลังคลอดจึงน้อยกว่า (Rossi & Lindell, 1986) ดังการศึกษาของ Refika and Demirci (2017) พบว่า ผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอดมีการฉีกขาดของผีเสื้อในระดับที่ 2 มากกว่า และมีการฉีกขาดเพิ่มของผีเสื้อ โดยเฉพาะการฉีกขาดของผีเสื้อในระดับที่ 3 มากกว่าผู้คลอดที่เบ่งคลอดเอง สอดคล้องกับการศึกษา

ของ มณีวรรณ ยุระชัย, เอมพร รตินทร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และนิตยา สินสุกใส (2552) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอดมีการฝึกขาของฝีเย็บในระดับที่ 3 มากกว่าผู้คลอดที่เบ่งคลอดเอง

การประคองฝีเย็บ การประคองฝีเย็บมีผลต่อแรงดันบริเวณพื้นเชิงกราน หากผู้ช่วยคลอด ประคองฝีเย็บด้วยแรงที่มากหรือน้อยเกินไป จะทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างแรงที่ผลักให้ทารก คลอดออกมากับแรงต้านจากมือผู้ช่วยคลอด โอกาสที่ฝีเย็บจะฉีกขาดเพิ่มมีมากขึ้น ในปัจจุบัน การควบคุมการคลอดศีรษะทารกส่วนใหญ่จะเป็นการใช้มือประคองฝีเย็บ (Hand on) โดยผู้ช่วยคลอดใช้มือข้างหนึ่งกดที่ศีรษะทารก จุดประสงค์เพื่อไม่ให้ศีรษะทารกเงยเร็วเกินไป และมีมืออีกข้างหนึ่งรวบที่ฝีเย็บ (Ritgen maneuver) เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ แต่ในทาง ตรงกันข้ามการใช้มือประคองฝีเย็บกลับอาจทำให้ฝีเย็บฉีกขาดได้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการใช้มือ ประคองฝีเย็บอาจไม่สัมพันธ์กับแรงที่ผลักศีรษะทารกให้เงยขึ้นเพื่อให้คลอดผ่านทางช่องคลอด ดังนั้น การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ (Hands off) ในขณะที่ทารกเคลื่อนผ่านปากช่องคลอดจึงเป็น เทคนิคที่เหมาะสมมากกว่า โดยผู้ช่วยคลอดจะไม่สัมผัสศีรษะของทารกและฝีเย็บ ปล่อยให้ศีรษะ ทารกค่อย ๆ คลอดออกมาเอง ช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บ จากการศึกษาของ Rezaei, Saatsaz, Chan, and Nia (2014) พบว่า ผู้คลอดที่ใช้มือประคองฝีเย็บขณะคลอด มีการฉีกขาดของฝีเย็บ ในระดับ 3 มากกว่าผู้คลอดที่ไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ (ร้อยละ 2.7 และ 0.3 ตามลำดับ) และมีการฉีก ขาดของฝีเย็บเพียงเล็กน้อย ที่ไม่จำเป็นต้องเย็บซ่อมแซมน้อยกว่า (ร้อยละ 5.7 และ 15.7 ตามลำดับ)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องคลอด ได้ตระหนักถึงปัจจัย และผลกระทบ ที่เกิดจากการบาดเจ็บของฝีเย็บ จึงพัฒนาโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บขึ้นมา โดยผสมผสานกิจกรรมพยาบาลที่ช่วยให้ฝีเย็บยืดขยายอย่างช้า ๆ โดยที่ศีรษะทารกค่อย ๆ เคลื่อนออกมา ลดแรงดันที่กระทำต่อฝีเย็บอย่างรุนแรง รวมทั้งการเพิ่มขยายของช่องทางคลอด ประกอบด้วย การจัดทำคลอดนอนตะแคง การเบ่งคลอดเอง การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ และการไม่ตัดฝีเย็บ เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมฯ ต่อระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ และความปวดฝีเย็บ จากการคลอด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดที่ได้รับการดูแลฝีเย็บเป็นกิจวัตร คือ การจัดทำคลอด นอนหงายราบ ชันเข้า การควบคุมการเบ่งคลอด การใช้มือประคองฝีเย็บ และการตัดฝีเย็บ อันจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการฉีกขาด และความปวดฝีเย็บจากการคลอด

## สมมติฐานการวิจัย

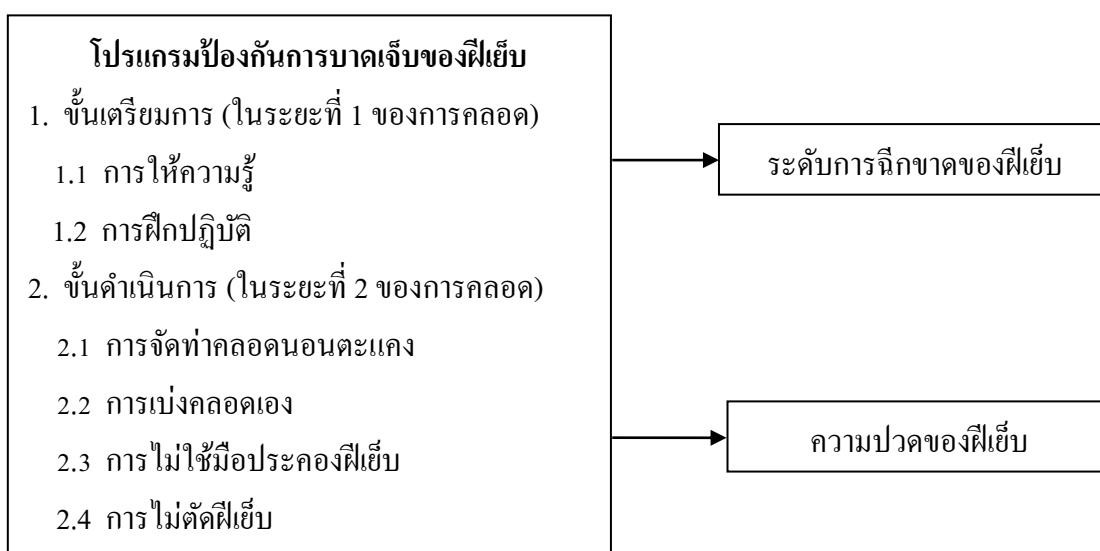
1. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฟีเย็บ มีระดับการนึกขาดของฟีเย็บจากการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลฟีเย็บเป็นกิจวัตร
2. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฟีเย็บ มีความปวดของแผลฟีเย็บจากการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลฟีเย็บเป็นกิจวัตร

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การคลอดทางช่องคลอดมีโอกาสทำให้ฟีเย็บได้รับบาดเจ็บหรือนึกขาดได้ ส่งผลกระทบต่อผู้คลอดในระยะสั้นและระยะยาว การลดอุบัติเหตุการบาดเจ็บหรือการนึกขาดของฟีเย็บจึงมีความจำเป็น การตัดฟีเย็บที่กระทำเป็นกิจวัตรทำให้เกิดการบาดเจ็บของฟีเย็บเพิ่มขึ้นได้ จึงควรกระทำเมื่อมีความจำเป็น รวมทั้งการใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์มาช่วยดูแลให้ฟีเย็บได้รับบาดเจ็บน้อยลง โดยจัดทำคลอดที่ช่วยเพิ่มขนาดของช่องทางคลอด ทำที่ปลายกระดูกกันกบไม่ถูกกดทับหรือสามารถกางออกได้ การเบ่งคลอดที่ทำให้ศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนออกมาอย่างช้า ๆ ฟีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย การดึงรั้งที่ไม่รุนแรง การชอกช้ำและการบาดเจ็บของฟีเย็บเกิดขึ้นน้อยกว่า และการประคองฟีเย็บที่แรงสมดุลระหว่างแรงผลักดันให้ทารกคลอดออกมากับแรงต้านจากมือผู้ช่วยคลอด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฟีเย็บขึ้น โดยผสมผสานกิจกรรมพยาบาลในการช่วยลดการบาดเจ็บหรือการนึกขาดของฟีเย็บด้วยหลักการดังกล่าว ในขณะที่ศีรษะทารกกำลังจะเคลื่อนต่ำผ่านช่องทางคลอดออกมา ประกอบด้วย การจัดทำคลอดนอนตะแคง เพื่อให้ปลายกระดูกปลายกันกบเคลื่อนไหวยได้อย่างอิสระ กางออกได้ง่าย เมื่อส่วนนำเคลื่อนผ่าน ช่วยเพิ่มขนาดของช่องทางคลอด (Elvander, Ahlberg, Thies-Lagergren, Cnattingius, & Stephansson, 2015; Keen, Difranco, Amis, & Albers, 2004) รวมทั้งไม่ได้อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลกเพื่อช่วยเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ลดแรงดันที่กระทำต่อพื้นเชิงกราน การเบ่งคลอดเองเพื่อให้ศีรษะทารกในครรภ์ค่อย ๆ เคลื่อนออกมาอย่างช้า ๆ ฟีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย โดยให้ผู้คลอดเบ่งเมื่อรู้สึกว่ายากเบ่ง เบ่งแบบเปิดช่องทางลมหายใจ จำนวนครั้ง และระยะเวลาของการเบ่งขึ้นกับความรู้สึกของผู้คลอด โดยทั่วไปใช้เวลา 4-6 วินาที/ ครั้ง ตลอดจนการหดตัวของมดลูก อาจมีการออกเสียงร่วมด้วยก็ได้ การเบ่งคลอดเองจึงมีแรงเบ่งที่ไม่รุนแรง ส่งผลให้ศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนออกมาอย่างช้า ๆ ฟีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย การชอกช้ำและการบาดเจ็บของฟีเย็บเกิดขึ้นน้อยกว่า ความเจ็บปวดฟีเย็บในระยะหลังคลอดจึงน้อยกว่า การไม่ใช้มือประคองฟีเย็บเพื่อลดความไม่สมดุลระหว่างแรงที่ผลักดันให้ทารกคลอดออกมากับแรงต้านจากมือผู้ช่วยคลอด

โดยผู้ช่วยคลอดจะไม่สัมผัสศีรษะของทารกและฝีเย็บ จนกระทั่งทารกคลอดไหล่ออกเองตามกลไกการคลอด เป็นการปล่อยให้ฝีเย็บยืดขยายอย่างช้า ๆ และศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาเอง และการไม่ตัดฝีเย็บเพื่อลดอุบัติการณ์การฉีกขาดของฝีเย็บในระดับรุนแรง โดยแบ่งโปรแกรมฯ ออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ (ในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการฉีกขาดของฝีเย็บจากการคลอด และการป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ และฝึกปฏิบัติการจัดทำคลอดนอนตะแคง และการเบ่งคลอดเอง และขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ โดยผู้วิจัยช่วยฝีเย็บของผู้คลอดได้รับบาดเจ็บน้อยที่สุด ประกอบด้วย การจัดทำคลอดในท่านอนตะแคง การให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเอง การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ และการไม่ตัดฝีเย็บ รายละเอียดดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการฉีกขาด และความปวดของฝีเย็บจากการคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดที่มารับบริการคลอดที่ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ และตัวแปรตาม คือ ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ และความปวดของฝีเย็บ



## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผสมผสานเทคนิคต่าง ๆ ที่ไม่ทำให้ฝีเย็บได้รับบาดเจ็บ และช่วยให้ฝีเย็บยืดขยายอย่างช้า ๆ โดยขณะที่ศีรษะทารกเคลื่อนออกมา ลดแรงดันที่กระทำต่อฝีเย็บอย่างรุนแรง รวมทั้งการเพิ่มขยายของช่องเชิงกราน ประกอบด้วย การจัดทำคลอดนอนตะแคง การเบ่งคลอดเอง การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ และการไม่ตัดฝีเย็บ

2. การศึกษาของฝีเย็บ หมายถึง ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ฝีเย็บ และความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 การศึกษาเฉพาะเยื่อช่องคลอดหรือชั้นผิวหนัง ระดับที่ 2 การศึกษาของผนังช่องคลอดทางด้านหลัง ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ร่วมกับการศึกษาของกล้ามเนื้อฝีเย็บ และกล้ามเนื้อช่องคลอด ระดับที่ 3 การศึกษาระดับที่สองร่วมกับการศึกษาบางส่วนหรือทั้งหมดของกล้ามเนื้อหูรูดและผนังก้นทวารหนัก ระดับที่ 4 การศึกษาของหูรูดทวารหนักทั้งด้านนอกและด้านใน รวมไปถึงเยื่อบุทวารหนัก

3. ความปวดของฝีเย็บ หมายถึง การรับรู้ของผู้คลอดต่อความปวดของฝีเย็บ ประเมินด้วยแบบประเมินความปวดฝีเย็บ ซึ่งเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีตัวเลขกำกับ โดยปลายของเส้นด้านซ้ายจะเขียนว่าไม่ปวด และปลายของเส้นด้านขวาเขียนว่าปวดมากที่สุด (Visual Analogue Scale [VAS])

4. การดูแลฝีเย็บเป็นกิจวัตร หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการช่วยคลอดที่ปฏิบัติเป็นประจำในระยะเวลาที่สองของการคลอด ประกอบด้วย การจัดทำคลอดนอนหงายราบ ชั้นเข้า การควบคุมเบ่งคลอด การใช้มือประคองฝีเย็บ และการตัดฝีเย็บ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อการนิกลูกขาด และความปวดของฝีเย็บจากการคลอด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุม เพื่อใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การบาดเจ็บของฝีเย็บ
2. ความปวดของฝีเย็บ
3. การป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ
4. บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ

#### การบาดเจ็บของฝีเย็บ

##### กายวิภาคของฝีเย็บ (Anatomy of perineum)

ฝีเย็บ เป็นบริเวณระหว่างอวัยวะเพศกับทวารหนักสำหรับเพศหญิง มักนิกลูกขาดได้ง่าย เนื่องจากการคลอดบุตร (ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554)

ฝีเย็บ เป็นส่วนของร่างกายหรือเนื้อเยื่อส่วนล่างสุดของลำตัวที่เป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ที่มีเนื้อที่เป็นรูปสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน โดยเป็นส่วนที่อยู่ระหว่างกระดูกหัวหน้า (Pubic bone) ซึ่งเป็นกระดูกชิ้นล่างสุดที่อยู่ด้านหน้าของลำตัว และกระดูกก้นกบ (Coccyx) ซึ่งเป็นกระดูกชิ้นล่างสุดที่อยู่ด้านหลังของลำตัว

ฝีเย็บ มีรูปร่างคล้ายเพชร (Diamond-shape) เป็นพื้นที่ที่อยู่ระหว่างต้นขาทั้งสองข้าง เป็นส่วนของช่องทางออกของเชิงกราน (Pelvic outlet) โดยด้านหน้าของกระดูกหัวหน้า (Pubic symphysis) ด้านหลังเป็น Coccyx และด้านข้างเป็น Ischiopubic rami, Ischial tuberosities และ Sacrotuberous ligaments (Cunningham et al., 2014) เมื่อลากเส้นเชื่อมต่อจากกระดูกหัวหน้า ไปยัง Ischial tuberosity 2 ข้างและกระดูกก้นกบ และลากเส้นตรงเชื่อมต่อระหว่าง Ischial tuberosity ทั้ง 2 ข้างจะแบ่งฝีเย็บออกเป็นบริเวณรูปสามเหลี่ยม 2 รูป คือ สามเหลี่ยมด้านบน (Urogenital triangle) ประกอบด้วย Superficial muscles ได้แก่ Superficial transverse perineal, Bulbospongiosus และ Ischiocavernosus muscles และสามเหลี่ยมด้านล่าง (Anal triangle) ประกอบด้วย Anal sphincter complex ซึ่งมี 2 โครงสร้างหลักที่ช่วยควบคุมความแข็งแรงของหูรูดทวารหนัก ได้แก่ หูรูดทวารหนักภายนอก (External anal sphincter) หน้าที่ในการกลั้นอุจจาระที่มีลักษณะเป็นของแข็งและของเหลว รวมไปถึงแก๊สในลำไส้ ทั้งในขณะพัก

และขณะที่ลำไส้ขยายตัว มีเส้นประสาท Pudendal มาเลี้ยง ซึ่งเส้นประสาทนี้มักเสียหาย ในขณะที่คลอดได้ หูดทวารหนักภายใน (Internal anal sphincter) ประกอบด้วยเส้นใยกล้ามเนื้อเรียบของ Colon submucosa จึงไม่สามารถควบคุมการหดตัวได้ มีหน้าที่สำคัญในการกลั้นอุจจาระขณะพัก

สรุป ฝีเย็บ หมายถึง เนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่มีเนื้อที่เป็นรูปสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูน โดยเป็นส่วนที่อยู่ระหว่างกระดูกหัวเหน่า (Pubic bone) ซึ่งเป็นกระดูกชิ้นล่างสุดที่อยู่ด้านหน้าของลำตัว และกระดูกก้นกบ (Coccyx) ซึ่งเป็นกระดูกชิ้นล่างสุดที่อยู่ด้านหลังของลำตัว โดยถูกแบ่งเป็นลักษณะพื้นที่ สามเหลี่ยม 2 รูป ที่อยู่เหนือจากระดับ Ischial tuberosities เป็นสามเหลี่ยมด้านบน เรียกว่า Urogenital triangle ส่วนสามเหลี่ยมด้านล่าง เรียก Anal triangle อยู่ต่ำกว่าระดับ Ischial tuberosities สำหรับเพศหญิงมักนึกขาดได้ง่ายเนื่องจากการคลอดบุตร

#### การจำแนกการบาดเจ็บของฝีเย็บ

การนึกขาดของฝีเย็บระหว่างการคลอดเป็นการบาดเจ็บของฝีเย็บที่พบได้บ่อย และพบได้มากที่สุด เนื้อเยื่อบริเวณฝีเย็บจะถูกยืดขยายอย่างมากขณะคลอด เพื่อให้ทารกเคลื่อนผ่านช่องทางคลอดได้โดยไม่เป็นอันตราย ลักษณะการนึกขาดของฝีเย็บจากการคลอด มีได้ 3 ลักษณะ คือ การนึกขาดที่เกิดจากการคลอดเอง (Spontaneous tear) การนึกขาดที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ เพื่อช่วยเพิ่มขนาดของช่องทางคลอด (Episiotomy tear) การนึกขาดที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ เพื่อช่วยคลอดแล้วมีการนึกขาดเพิ่มขณะคลอด (Extension of an episiotomy tear)

บริเวณการบาดเจ็บของฝีเย็บแบ่งได้เป็น การบาดเจ็บของฝีเย็บด้านหน้า (Anterior perineal trauma) ได้แก่ แคม (Labia) ผนังช่องคลอด (Vagina wall) ท่อปัสสาวะ (Urethra) และคลิตอริส (Clitoris) การบาดเจ็บของฝีเย็บด้านหลัง (Posterior perineal trauma) ได้แก่ กล้ามเนื้อฝีเย็บ (Perineal muscle) หูดทวารหนัก (Anus sphincter) และเยื่อช่องทวารหนัก (Rectal mucosa) ส่วนการแบ่งระดับการนึกขาดของฝีเย็บนิยมแบ่งตาม Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2007) ซึ่งแบ่งตามความลึกของเนื้อเยื่อที่นึกขาดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. การนึกขาดระดับที่หนึ่ง (First degree tear) หมายถึง การนึกขาดเฉพาะเยื่อช่องคลอดหรือชั้นผิวหนังของฝีเย็บเท่านั้น
2. การนึกขาดระดับที่สอง (Second degree tear) หมายถึง การนึกขาดของผนังช่องคลอดทางด้านหลัง ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ร่วมกับการนึกขาดของกล้ามเนื้อฝีเย็บ และกล้ามเนื้อช่องคลอด
3. การนึกขาดระดับที่สาม (Third degree tear) หมายถึง การนึกขาดระดับที่สองร่วมกับการนึกขาดบางส่วนหรือทั้งหมดของกล้ามเนื้อหูดและผนังทวารหนัก

4. การฉีกขาดระดับที่สี่ (Fourth degree tear) หมายถึง การฉีกขาดของหูรูดทวารหนักทั้งด้านนอกและด้านใน รวมไปถึงเยื่อทวารหนัก

#### **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของฝีเย็บ**

ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บของฝีเย็บมีหลายปัจจัย ดังนี้

1. จำนวนครั้งของการคลอด ผู้คลอดที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร หรือคลอดบุตรครั้งแรก ฝีเย็บและพื้นเชิงกรานจะยืดขยายได้น้อยจึงมีโอกาสที่จะฉีกขาดได้มากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง หรือเคยผ่านการคลอดมาแล้ว จากการศึกษาของ Waish (2001) พบว่า ผู้คลอดครั้งแรกพบฝีเย็บที่ได้รับบาดเจ็บจากการคลอด ร้อยละ 77 ในขณะที่ผู้คลอดครรภ์หลังพบการฉีกขาดจากฝีเย็บ ร้อยละ 48 และพบว่าผู้คลอดครรภ์หลังร้อยละ 15 ฝีเย็บไม่ได้รับบาดเจ็บจากการคลอด อีกทั้งการบาดเจ็บของฝีเย็บเกิดจากการตัดฝีเย็บ โดยผู้คลอดครรภ์แรกมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บจากการตัดฝีเย็บในระยะคลอด ร้อยละ 97.9 (Lam, Wang, & Pun, 2006) และผู้คลอดครรภ์แรก จะได้รับการตัดฝีเย็บมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง 2-5 เท่า (O' Herlihy & Kearney, 2006) อย่างไรก็ตาม ในผู้คลอดครรภ์หลังก็มีโอกาสที่ฝีเย็บจะได้รับบาดเจ็บได้ ในกรณีที่มีประวัติการตัดฝีเย็บ และมีการเขี่ยช่องแฉะฝีเย็บมาก่อน ฝีเย็บจะแข็งเป็นพังพืด ยืดขยายได้น้อย ทำให้มีโอกาสฉีกขาดในการคลอดครั้งต่อไปสูงขึ้น ผู้คลอดที่เคยมีการฉีกขาดของฝีเย็บถึงหูรูดทวารหนักมาก่อน ก็มีโอกาสเกิดการฉีกขาดของฝีเย็บมากขึ้น เนื่องจากฝีเย็บมีการยืดหยุ่นได้น้อย เพิ่มการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf, & Peralta, 2006)

2. ขนาดของทารก ทารกในครรภ์ที่มีขนาดตัวใหญ่ น้ำหนักตัวมาก (มากกว่า 4,000 กรัม) และเส้นรอบวงศีรษะยาว ทำให้สัดส่วนของศีรษะทารกและช่องคลอดไม่สมดุลกัน ให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บระดับรุนแรง จากการศึกษาของ Albers et al. (2006) พบว่า ผู้คลอดที่คลอดทารก น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ในครรภ์แรกมีการฉีกขาดของฝีเย็บร้อยละ 19.8 และในครรภ์หลัง ร้อยละ 9.4 (Albers et al., 2006) เนื่องจากทารกที่มีขนาดโต ทำให้มีโอกาสใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด และมีโอกาสตัดฝีเย็บช่วยคลอดเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม ก็ทำให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บได้ถึงร้อยละ 46.6 (Nkwabong, Kouam, Oroock, & Takang, 2013; Soong & Barnes, 2005)

3. ท่าของทารกในครรภ์ ทารกในครรภ์ที่เป็นท่าก้น (Breech presentation) ท่าท้ายทอย อยู่ด้านหลัง (Occipitoposterior presentation) ท่าหน้า (Face presentation) ท่าหน้าผาก (Brow presentiaion) เป็นท่าคลอดที่ทารกในครรภ์ใช้ส่วนนำที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางกว้างที่สุดผ่านช่องทางคลอดออกมา ฝีเย็บจึงยืดขยายมากกว่าท่าอื่น ๆ เสี่ยงต่อการคลอดยาก การคลอดยาวนาน การใช้สูติศาสตร์หัตถการ และเสี่ยงต่อฝีเย็บได้รับการบาดเจ็บมากทั้งจากการคลอดเอง

หรือการตัดฝีเย็บ (Fernando, 2007) นอกจากนี้ ทารกที่อยู่ในท่าศีรษะทารกเป็นส่วนนำ แต่ศีรษะทารกไม่ได้อยู่ในท่าก้ม (Flexion) ก็มีโอกาสดเกิดการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับรุนแรงได้ถึงร้อยละ 48.4 (Soong & Barnes, 2005)

4. ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน การบาดเจ็บของฝีเย็บแปรผันตามระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด จากการศึกษาของ Simic, Cnattingius, Petersson, Sandstrom, and Stephansson (2017) พบว่า ระยะที่ 2 ของการคลอดที่ยาวนานเพิ่มความเสี่ยงของการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่รุนแรง โดยผู้คลอดที่มีระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานกว่า 2 ชั่วโมง มีการฉีกขาดของฝีเย็บมากกว่าผู้คลอดที่มีระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน 1 ชั่วโมงหรือน้อยกว่า 1.42 เท่า

5. การใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด ในการใช้เครื่องมือช่วยดึงทารกออกทางช่องคลอด ได้แก่ เครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum) และคีม (Forceps) จำเป็นต้องตัดฝีเย็บให้มีขนาดกว้างขึ้นเพื่อสอดใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอด และเพิ่มพื้นที่ในช่องคลอดถึงร้อยละ 10 ทำให้ฝีเย็บยืดขยายมากขึ้น ฝีเย็บจึงฉีกขาดระดับรุนแรงได้ การศึกษาของ Eason, Labrecque, Wells, and Feldman (2000) พบการบาดเจ็บของฝีเย็บระดับรุนแรงจากการใช้เครื่องมือช่วยคลอด ร้อยละ 37 และความเสี่ยงต่อการฉีกขาดของฝีเย็บ ช่องคลอด และทวารหนักได้มากถึง 2-7 เท่า (O' Herlihy & Kearney, 2006) ผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยคีมมีการฉีกขาดของหูรูดทวารหนักมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ และผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยคีมมีความปวดฝีเย็บมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง

6. เชื้อชาติ เชื้อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บ พบว่า สตรีชาวเอเชียมีการบาดเจ็บของฝีเย็บระดับรุนแรง (Dahlen, Ryan, Homer, & Cooke, 2007; Groutz et al., 2011) พบว่า สตรีชาวอัฟริกา และเอเชีย ที่คลอดทางช่องคลอด มีความเสี่ยงต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับ 3 และ 4 มากกว่าสตรีชาวสวีเดน (Ekeus, Nilsson, & Gottvall, 2008)

7. การตัดฝีเย็บ การที่ยังคงมีการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกรายด้วยความเชื่อที่ว่า การฉีกขาดจากแผลฝีเย็บมีแนวเรียบ ไม่รุ่งหริ่งเหมือนแผลฝีเย็บที่ฉีกขาดเอง สะดวกในการเย็บซ่อมแซม ทำให้แผลฝีเย็บมีอาการเจ็บปวดน้อยลง การหายของแผลเร็วขึ้น ป้องกันการฉีกขาดของช่องคลอด (Vagina) ช่องทางคลอด (Birth canal) กล้ามเนื้อพื้นของอุ้งเชิงกราน (Pelvic floor muscles) หูรูดทวารหนัก (Anal sphincter) และเยื่อช่องทวารหนัก (Rectal mucosa) พบว่า การตัดฝีเย็บแทนที่จะลดการฉีกขาดหูรูดทวารหนัก และเยื่อช่องทวารหนัก แต่กลับเพิ่มการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก และเยื่อช่องทวารหนักให้มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ตัดฝีเย็บ (Rodriguez et al., 2008) โดยเฉพาะการตัดฝีเย็บแบบตรงกลาง

(Midline episiotomy) การตัดฝีเย็บเพิ่มการนิยทของฝีเย็บในระดับรุนแรง จากการศึกษาของ Larsson et al. (2000) พบว่า การตัดฝีเย็บไม่ทำให้อาการปวดลดลงและการหายของแผลไม่ได้เร็วขึ้น เมื่อเทียบกับการไม่ตัดฝีเย็บ นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่ตัดฝีเย็บจะทำให้ลดการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ

### ผลกระทบของการบาดเจ็บของฝีเย็บ

การบาดเจ็บจากการคลอด เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Albers & Border, 2007) ผลกระทบในระยะสั้น ได้แก่ เจ็บปวดฝีเย็บ มีเลือดคั่งที่ฝีเย็บ ดิดเชื้อที่ฝีเย็บ ในระยะยาว ได้แก่ เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

#### 1. ความเจ็บปวดฝีเย็บ

ความเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บจากการนิยทหรือการตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดเกิดจากเนื้อเยื่อ บริเวณฝีเย็บได้รับความชอกช้ำ บาดเจ็บ เกิดอาการบวมจากการที่มีเลือดหรือน้ำคั่งค้าง หรือการอักเสบของเนื้อเยื่อ รวมทั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การนิยทของฝีเย็บ เป็นผลให้มารดาหลังคลอดไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน (Bick & Bassett, 2013) ความปวดยังรบกวนการนอนหลับพักผ่อน ทำให้อนอนหลับยาก ดึ้นบ่อย การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความปวดฝีเย็บจะเกิดขึ้นมากในระยะ 1-2 วัน แรกหลังคลอด อาการปวดฝีเย็บในวันแรกหลังคลอดจะพบได้ ร้อยละ 92 และอาการปวดยังยาวนาน ถึง 2 เดือน หลังคลอด ร้อยละ 88 (Andrews, Thakar, Sultan, & Jones, 2007) ผู้คลอดที่มีการนิยทเองของฝีเย็บ รายงานความปวดฝีเย็บอยู่ในระดับต่ำ ผู้คลอดที่มีการนิยทของฝีเย็บระดับรุนแรง มีระดับความปวดฝีเย็บมากกว่าการนิยทของฝีเย็บในระดับ เล็กน้อยหรือไม่มีการนิยทของฝีเย็บ โดย 3 เดือนหลังคลอด อาการปวดฝีเย็บจะหายไป ในผู้คลอดที่มีระดับการนิยทของฝีเย็บเพียงเล็กน้อย การเปรียบเทียบความปวดฝีเย็บในผู้คลอด ที่ไม่มีการนิยทของฝีเย็บกับผู้คลอดที่มีการนิยทของฝีเย็บจากการตัดฝีเย็บ พบว่า ความปวด ในสตรีหลังคลอดที่ 1 วัน 7 วัน และในกลุ่มที่ไม่พบการนิยทของฝีเย็บ 1 วันหลังคลอด มีความปวด ร้อยละ 75 ภายหลังการคลอด 7 วัน มีความปวดฝีเย็บ ร้อยละ 38 ในสตรีที่มีการนิยทของฝีเย็บในระดับที่ 1 และ 2 ภายหลังการคลอด 1 วันมีความปวดฝีเย็บ ร้อยละ 95 ภายหลัง การคลอด 7 วัน มีความปวดฝีเย็บ ร้อยละ 60 ในสตรีที่ตัดฝีเย็บ ภายหลังการคลอด 1 วันมี ความปวดฝีเย็บ ร้อยละ 97 ภายหลังการคลอด 7 วัน มีความปวดฝีเย็บ ร้อยละ 71 สตรีที่มีการนิยทของฝีเย็บในระดับที่ 3 และ 4 ภายหลังการคลอด 1 วัน มีความปวดฝีเย็บ ร้อยละ 100 ภายหลัง การคลอด 7 วัน มีความปวดฝีเย็บ ร้อยละ 91 ส่วนความปวดฝีเย็บที่ 6 สัปดาห์ หลังคลอดในกลุ่มที่ ไม่มีการนิยทของฝีเย็บและกลุ่มที่มีการตัดฝีเย็บไม่แตกต่างกัน (Macarthur & Macarthur, 2004)

## 2. การสูญเสียเลือดเพิ่ม

การฝึกขาของฝีเย็บเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้คลอดเสียเลือดเพิ่ม ผู้คลอดที่ได้รับ การตัดฝีเย็บจะสูญเสียเลือดได้มากกว่า 250 มิลลิลิตร (Lam et al., 2006) ส่วนผู้คลอดที่ฝีเย็บฝึกขาเองสูญเสียเลือดขึ้นอยู่กับขนาดหรือการฝึกขาของฝีเย็บ ซึ่งการฝึกขาเองจะสูญเสียเลือดน้อยกว่า การตัดฝีเย็บ การฝึกขาเองจะสูญเสียเลือดได้ถึง 200 มิลลิลิตร (Lam et al., 2006) การฝึกขาของฝีเย็บร่วมกับการคลอดท่าศีรษะสูง โดยเฉพาะท่านั่งยอง (Squatting position) มีโอกาสสูญเสียเลือดออกจากโพรงมดลูกมากขึ้น เนื่องจากท่าคลอดที่ลำตัวสูงกว่าระดับแผลฝีเย็บ ทำให้เลือดไหลลงสู่เบื้องล่างที่ต่ำกว่าตามแรงโน้มถ่วงของโลก จึงมีโอกาสสูญเสียเลือดออกจากโพรงมดลูก และฝีเย็บได้มากขึ้น (Gupta, Sood, Hofmeyr, & Vogel, 2017)

## 3. การติดเชื้อฝีเย็บ

บาดแผลที่เกิดการตัดฝีเย็บหรือการฝึกขาเองในระยะคลอด เป็นการบาดเจ็บที่มีการติดเชื้อได้ง่าย เพราะในระยะหลังคลอดร่างกายจะขับเลือดและน้ำคาวปลาออกจากช่องคลอด น้ำคาวปลาเป็นแหล่งอาหารที่ดีของเชื้อโรค การติดเชื้อแผลฝีเย็บจึงเป็นการติดเชื้อในช่องทางคลอดที่สำคัญ และต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ มีหนองออกจากฝีเย็บ แผลฝีเย็บบวมแดง มีไข้ การติดเชื้อแผลฝีเย็บขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การรักษาความสะอาดของฝีเย็บ ความซอกซำของแผล และสุขภาพมารดาหลังคลอด มารดาที่ได้รับการตัดฝีเย็บ พบว่า มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่า มารดาที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บ หรือมารดาที่ฝีเย็บฝึกขาเอง (Larsson et al., 1991) การติดเชื้อแผลฝีเย็บส่งผลกระทบต่อมารดาในการกลับมารักษาซ้ำ ทำให้เสียค่าใช้จ่าย และเสียเวลาในการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้คลอด (Youssef, Ramalingam, Maeleod, & Murphy, 2005) การฝึกขาของฝีเย็บในระดับที่ 4 มีอุบัติการณ์การติดเชื้อเพิ่มขึ้น และพบได้ถึงร้อยละ 2.8 (Cunningham et al., 2014)

## 4. การควบคุมการขับถ่าย

ผู้คลอดที่ฝีเย็บได้รับบาดเจ็บจากการคลอดจะมีอาการปวดฝีเย็บใน 1-2 วันหลังคลอด ทำให้ไม่กล้าขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ ในระยะยาวส่งผลให้โครงสร้างและหน้าที่ฝีเย็บเกิดการอ่อนแอ กล้ามเนื้อช่องคลอดหย่อนยาน การควบคุมการขับถ่ายบกพร่อง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย พบว่า ทำให้ผู้คลอดมีปัสสาวะเล็ดลอด (Stress urinary incontinence) ร้อยละ 53.8 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) ร้อยละ 36.6 กลั้นอุจจาระไม่ได้ (Fecal incontinence) ร้อยละ 9.9 และช่องคลอดหย่อนยาน (Vagina prolapsed) ร้อยละ 2.2 (Williams et al., 2007)

## 5. ปัญหาเพศสัมพันธ์

การบาดเจ็บฝีเย็บจากการคลอด ทำให้ผู้คลอดมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 54.4 พบว่า การฝึกขาดของฝีเย็บระดับรุนแรงอาการปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ยิ่งมากขึ้น (Andrews et al., 2007) ระยะเวลาในการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ล่าช้า โดยเฉลี่ยที่เวลา 16 สัปดาห์หลังคลอด มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 59.5-69.8 ในขณะที่ผู้คลอดที่ไม่มีอาการบาดเจ็บของฝีเย็บ เริ่มมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยที่ 10 สัปดาห์หลังคลอด เจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 30.3 (Williams et al., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่สวีเดน พบว่า ผู้คลอดที่มีลักษณะของช่องคลอด ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 1.5 และ 1.6 ในผู้คลอดที่มีการฝึกขาดของฝีเย็บ ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 1.4 และ 1.5 และในผู้คลอดที่มีการฝึกขาดของหูดทวารหนักและเยื่อทวารหนัก ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 2.1 และ 2.2 ภายใน 3 และ 6 เดือน ตามลำดับ (Radestad et al., 2008) การศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ 3 เดือนหลังคลอดในผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดเปรียบเทียบกับ 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีอาการฝึกขาดของฝีเย็บกลุ่มที่มีการตัดฝีเย็บ และกลุ่มที่มีการตัดฝีเย็บร่วมกับฝึกขาดเพิ่มในระดับที่สอง พบว่า กลุ่มที่มีการตัดฝีเย็บร่วมกับฝึกขาดเพิ่มในระดับที่สองของฝีเย็บ มีระดับความใคร่ การสำเร็จ ความใคร่ ความพึงพอใจขณะมีเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำ และมีความเจ็บปวดมากขณะที่มีเพศสัมพันธ์ภายหลังการคลอดของสตรีหลังคลอดทั้ง 3 กลุ่ม พบปัญหาขณะมีเพศสัมพันธ์ อย่างน้อยที่สุดหนึ่งอย่างของวิดิเพส ได้แก่ ความปรารถนาทางเพศ ความเร้าอารมณ์ของช่องคลอด น้ำหล่อลื่นที่ช่องคลอดลดน้อยลง ความดีในการสำเร็จความใคร่ลดน้อยลง ความพึงพอใจในการในการดำเนินชีวิตเรื่องทางเพศน้อยลง และ ปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (Rathfisch et al., 2010)

## 6. ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับทารก

การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด ในระยะ 1-2 วัน หลังคลอด ผู้คลอดจะมีอาการปวดฝีเย็บ เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายชอกช้ำ และอักเสบ จากการตัดฝีเย็บหรือการฝึกขาดเองทำให้มารดารู้สึกไม่สุขสบาย เคลื่อนไหวร่างกายด้วยความลำบาก ในการนั่ง การเดิน การยืน และการนอน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การดูแลทารก และการให้นมทารกลดลง นานนมมาช้า ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด วิตกกังวล เครียด หงุดหงิด การแสดงบทบาทมารดาน้อยลง อาจทำให้มารดาเกิดความซึมเศร้า ขัดขวางสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก (Karacam & Eroglu, 2003)

สรุปว่า การบาดเจ็บของฝีเย็บส่งผลกระทบต่อผู้คลอดในระยะสั้น และยาวผลกระทบต่อผู้คลอดที่เกิดต่อฝีเย็บจากการฝึกขาดเฉพาะที่ ได้แก่ ปวดฝีเย็บ สูญเสียเลือดเพิ่ม การติดเชื้อที่ฝีเย็บ แผลเป็นที่ฝีเย็บ ความผิดปกติในการประสานของเนื้อเยื่อ ความปวดฝีเย็บเป็นอาการที่พบ และรายงานมาก



ที่สุดหลังการคลอดการสูญเสียการทำหน้าที่ของพื้นเชิงกราน ได้แก่ ความไม่สุขสบายในการจับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ ความห่อนคล้อยของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน อาการปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของหูดทวาร

## ความปวดของฝีเย็บ

ผู้คลอดส่วนใหญ่จะมีอาการปวดฝีเย็บหลังคลอดไม่ว่าฝีเย็บจะได้รับบาดเจ็บหรือไม่ ดังการศึกษาของ Andrews, Thakar, Sultan, and Jones (2008) พบว่า ผู้คลอดมีอาการปวดฝีเย็บหลังคลอดร้อยละ 92 ในวันที่ 1 หลังคลอด โดยไม่คำนึงถึงระดับความรุนแรงของการฉีกขาดของฝีเย็บ อาการปวดฝีเย็บหลังคลอดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (4-6 คะแนนจากมาตรวัดที่เป็นตัวเลขเต็ม 10) คะแนนเฉลี่ยความปวดฝีเย็บ เท่ากับ 4.2 และ 5.0 (Andrews et al., 2008)

### กลไกที่ทำให้เกิดความปวด

กลไกที่ทำให้เกิดความปวด อธิบายได้ดังนี้ (นุสรา ประเสริฐศรี, 2556)

1. การแปลงสัญญาณ (Transduction) เมื่อเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด อุณหภูมิหรือสารเคมีเป็นสิ่งเร้าให้มีการหลั่งสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบ เช่น Histamine, Bradykinin, Serotonin K, Interlukient, Prostaglandin เกิดการแปลงสัญญาณเป็นพลังงานไฟฟ้า หลังจากนั้นจะมีการนำพลังงานไฟฟ้าจากส่วนปลายมายัง Primary afferent sensory neuron ของระบบประสาทส่วนกลาง เส้นประสาทที่เป็นตัวนำสัญญาณความปวด
2. การส่งผ่านสัญญาณความปวด (Transmission) เป็นการส่งสัญญาณความปวดจาก Primary afferent sensory neuron ไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วย ไขสันหลังสมอง
3. การปรับสัญญาณ (Modulation) ในเบื้องต้นการส่งผ่านสัญญาณแบบส่งเสริม จะมีผลกระตุ้นระบบการตอบสนอง (Excitatory responses) เพื่อเตือนว่า มีสิ่งที่เป็นอันตรายเกิดขึ้น ต่อเนื้อเยื่อ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน (Protective behaviors) และในขณะเดียวกัน ขบวนการยับยั้ง อาจทำให้เกิดการหลั่งสารที่มีอนุพันธ์คล้ายฝิ่นออกมาช่วยบรรเทาความปวด
4. การรับรู้ความปวด (Perception) การรับรู้ความปวดเป็นหน้าที่ของสมอง ในส่วน Neocortex และสมองส่วน Limbic system โดยสมองส่วน Neocortex รับผัสชอบเกี่ยวกับสัญญาณประสาทที่รับเข้ามาเพื่อแปลผลว่า เป็นความปวด และสมองส่วน Limbic system จะทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านจิตใจ และอารมณ์ที่เกี่ยวกับความปวด สมองทั้งสองส่วน จะมีการทำงานที่ผสมผสานกัน โดยก่อนที่จะมีพฤติกรรมตอบสนองความปวดออกมาในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งแต่ละคนจะมีการรับรู้ความปวดที่แตกต่างขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมา

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดฝีเย็บ

### 1. ระดับการนึกขาดของฝีเย็บ

อาการปวดฝีเย็บหลังคลอดจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ  
 ดัชนีการศึกษาของ Macathur and Macathur (2004) พบว่า ผู้คลอดที่ฝีเย็บไม่ได้รับบาดเจ็บมีอาการ  
 ปวดฝีเย็บ ร้อยละ 38 ผู้คลอดที่ฝีเย็บบาดเจ็บในระดับที่ 1 และ 2 มีอาการปวดฝีเย็บ ร้อยละ 60  
 และผู้คลอดที่มีการนึกขาดของฝีเย็บระดับที่ 3 และ 4 มีอาการปวดฝีเย็บ ร้อยละ 91 ใน 1 สัปดาห์  
 หลังคลอด

### 2. ชนิดของการคลอด

ผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยคีมมีอาการปวดฝีเย็บหลังคลอดมากกว่าผู้คลอดปกติ  
 ประมาณ 2 เท่า (ร้อยละ 67.3 กับร้อยละ 32.7) และผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยคีมครั้งแรกมี  
 อาการปวดฝีเย็บมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการช่วยคลอดด้วยคีมครั้งหลัง (ร้อยละ 77 กับร้อยละ 52)  
 (Declercq, Cunningham, Johnson, & Sakala, 2008)

### 3. ท่าคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดย Cochrane Library พบว่า ผู้คลอดที่  
 คลอดในท่าแนวตั้งหรือนอนตะแคงมีอัตราการตัดฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่คลอดในท่านอนหงายราบ  
 หรือท่านอนหงายราบ ชันเข้า มีความปวดฝีเย็บหลังคลอดน้อยกว่า (Gupta et al., 2012)

### การประเมินความปวดฝีเย็บ (Pain assessment)

ความปวดเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ที่มีความซับซ้อน อันประกอบด้วย กาย จิต  
 สังคม และแต่ละบุคคลมีความทนต่อความปวดที่แตกต่างกัน การประเมินความปวด เป็นหัวใจ  
 สำคัญของการจัดการความปวด การประเมินความปวดจะนำไปสู่การควบคุมความปวดที่เหมาะสม  
 และมีประสิทธิภาพ การประเมินความรุนแรงของความปวดโดยทั่วไป ต้องอาศัยการบอกเล่า  
 ของผู้ที่มีอาการปวด มีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องได้แก่ สภาพจิตใจ อารมณ์ ความเพียงพอ  
 ของการนอนการนอนหรือยาที่รับประทาน เครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวดที่ดี ควรใช้ง่าย  
 น่าเชื่อถือ และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยหลายประเภท เครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด  
 มีตั้งแต่การวัดความปวดด้านเดียว (Unidimensional tool) และการวัดความปวดในหลายด้าน  
 (Multidimensional tool) (สหัชยา ไพบูลย์วรชาติ, 2549)

### เครื่องมือประเมินความปวด มีดังนี้

1. Visual Analog Scale (VAS) เป็นเครื่องมือวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงยาว  
 10 เซนติเมตร ไม่มีตัวเลขให้เห็น โดยซ้ายสุดจะเขียนว่าไม่ปวด และขวาสุดเขียนว่าปวดมากที่สุด  
 โดยให้ผู้ที่ถูกประเมินกากบาทหรือชี้ไปบนเส้นที่ตรงกับความปวด แล้วผู้ประเมินจะวัดคะแนน

ความปวดโดยดูจากสเกลที่อยู่ด้านหลัง สเกลตัวเลขด้านหลังจะแบ่งเป็น 10 ช่อง ช่องละ 10 มิลลิเมตร ทำให้ได้ความละเอียดของระดับความปวดเป็นตัวเลข 2 ตำแหน่ง ในขณะที่ Numeric rating scale เป็นเครื่องมือวัดความปวดที่มีตัวเลขโดด ๆ การตีความหมายของตัวเลขเหมือนกับ Numeric rating scale

ไม่ปวดเลย ปวดมากที่สุด

มีผู้นำเครื่องมือนี้มาใช้กับผู้คลอด เช่น งานวิจัย ของ Shahraki et al. (2011) นำเครื่องมือประเมินความปวด Visual Analog Scale (VAS) ประเมินความปวดฝึย 24 และ 48 ชั่วโมง หลังคลอด เปรียบเทียบระดับความปวดฝึย ระหว่างผู้คลอดที่จำกัดการตัดฝึยกับผู้คลอดที่ตัดฝึยเป็นประจำในครรภ์แรก

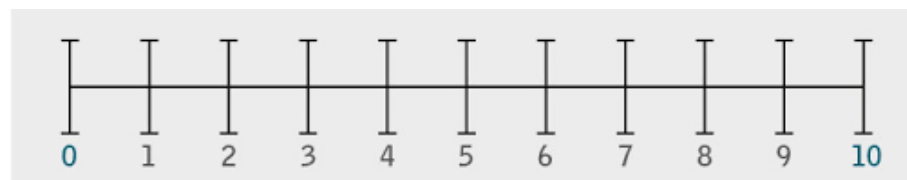
2. Numeric Rating Scale (NRS) เป็นเครื่องมือวัดความปวดที่ใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0 1 2 ... 10

0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด

10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

โดยให้ผู้ถูกประเมินกากบาทหรือชี้ไปที่ตัวเลขที่ตรงกับระดับความเจ็บปวด แล้วนำค่าที่วัดได้มาแทนค่าคะแนนความปวด

Numerical rating scale (NRS)



ไม่ปวดเลย

ปวดมากที่สุด

การแบ่งระดับความปวด มีดังนี้

0 = ไม่ปวด (No pain)

1-3 = ปวดเล็กน้อย (Mild pain)

4-6 = ปวดปานกลาง (Moderate pain)

7-10 = ปวดรุนแรง (Severe pain)

มีผู้นำเครื่องมือนี้มาใช้กับผู้คลอด เช่น งานวิจัยของ มณีวรรณ ยุระชัย และคณะ (2552) นำเครื่องมือประเมินความปวด Numerical Rating Scale (NRS) วัดความเจ็บปวดของฝึย ในระยะ 12-24 ชั่วโมง และ 1 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดฝึยระหว่างผู้คลอด

กรรมกร์แรกที่ได้รับการสนับสนุนให้แบ่งแบบธรรมชาติ กับผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนให้แบ่งแบบควบคุม

3. Present Pain Intensity (PPI) แบบประเมินระดับอาการปวดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินความเจ็บปวด Short-form McGill Pain Questionnaire เป็นการประเมินความรุนแรงของความปวดในขณะที่ทำแบบสอบถาม

- 0 = ไม่ปวด (No pain)
- 1 = ปวดเล็กน้อย (Mild)
- 2 = ปวดพอรำคาญ (Discomforting)
- 3 = ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต (Distressing)
- 4 = ปวดจนทุกข์ทรมาน (Horrible)
- 5 = ปวดมากจนทนไม่ได้ (Excruciating)

มีผู้นำเครื่องมือนี้มาใช้กับผู้คลอด เช่น งานวิจัยของ Leeman et al. (2009) นำเครื่องมือประเมินความปวด Present Pain Intensity (PPI) และ Visual Analog Scale (VAS) ประเมินความปวดผิเย็บ เมื่อผู้คลอดจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6 สัปดาห์ และ 3 เดือนหลังคลอด ระหว่างผู้คลอดที่มีการฝึกหัดของผิเย็บในระดับรุนแรง กับผู้คลอดที่มีการฝึกหัดของผิเย็บเพียงเล็กน้อย โดยตัวแปรที่ทำการศึกษา ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ น้ำหนักและ ดัชนีมวลกายของผู้คลอด น้ำหนักของทารก ระยะเวลาในการเบ่งคลอด การให้ยาระงับปวดทางไขสันหลัง การให้ยาเร่งคลอด

4. McGill Pain Questionnaire (MPQ) เพื่อประเมินคุณภาพ และลักษณะของความปวด ประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ คือ

4.1 Pain Rating Index (PRI) ประกอบด้วย Body chart ที่บอกถึงตำแหน่งของความปวด และคำศัพท์อธิบายความปวด 78 คำ ซึ่งจัดแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 20 กลุ่มย่อย โดยชุดคำที่ 1-10 แสดงถึงอาการและลักษณะของความปวด (Sensory) ชุดคำที่ 11-15 แสดงถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยขณะที่มีความปวด (Affective) ชุดคำที่ 16 เป็นการประเมินความปวดที่เกิดขึ้น (Evaluative) ชุดคำที่ 17-20 แสดงถึงลักษณะอื่น ๆ คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน

4.2 Number of Word Chosen (NWC) เป็นจำนวนคำที่ให้เลือกในชุดคำทั้ง 20 ชุดคำ

4.3 Present Pain Intensity (PPI) เป็นการประเมินความรุนแรงของความปวดในขณะที่ทำแบบสอบถาม ข้อดีของแบบสอบถามนี้ คือ สามารถทำให้ผู้ประเมินมองภาพและลักษณะของความปวดของผู้ถูกประเมินดีกว่า มีลักษณะความเจ็บปวดลักษณะใด รวมถึงผลต่ออารมณ์ของด้วย

ปัจจุบันมี MPQ แบบ Short form เพื่อให้สะดวกขึ้น และใช้เวลาน้อยลงในการประเมิน ประกอบด้วย การรายงานผลของอาการปวด 11 ข้อ และอารมณ์ ความรู้สึก 4 ข้อ รวมเป็น 15 ข้อ โดยแต่ละข้อผู้ถูกประเมินจะรายงานผลความปวด หรือความรู้สึกเป็น 4 ระดับคือ ไม่ปวด หรือ ไม่รู้สึก จนถึงปวดมากหรือรู้สึกมาก และบอกอาการปวดโดยรวม

มีผู้นำเครื่องมือนี้มาใช้กับผู้คลอด เช่น งานวิจัยของ Steen (2008) นำเครื่องมือประเมินความปวด McGill Pain Questionnaire (MPQ) ประเมินความปวดฝึ่เย็บ 1-5 วัน หลังคลอด สามารถบอกความหมายจากคำพูด เช่น รู้สึกร้อน ปวดแสบปวดร้อน ความรู้สึกเหมือนถูกเผา รู้สึกดุๆ เป็นจังหวะ รู้สึกปวดร้าว การบรรยาย ทำให้ทราบว่ามีเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายในขั้นตอนการอักเสบของขบวนการหายของแผล การประเมินความปวดที่เหมาะสม สามารถบอกแนวทางการรักษาที่ดีแต่ใช้ระยะเวลาในการประเมินค่อนข้างนาน

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความปวดฝึ่เย็บหลังคลอดด้วยเครื่องมือ Visual Analog Scale เพราะเป็นเครื่องมือในการประเมินความปวดฝึ่เย็บ ที่สะดวก รวดเร็ว ซึ่งเหมาะสมกับผู้คลอดที่ต้องดูแลบุตร และพักผ่อนภายหลังการคลอด นอกจากนี้ Visual Analog Scale มีความละเอียดของระดับความปวด มากกว่า Numeric rating scale

### **การป้องกันการบาดเจ็บของฝึ่เย็บ**

การจัดการฝึ่เย็บในระยะที่ 2 ของการคลอด เพื่อลดการบาดเจ็บ และผลกระทบจากการบาดเจ็บของฝึ่เย็บที่รุนแรงต่อสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้คลอด โดยนำกิจกรรมการพยาบาล ช่วยฝึ่เย็บไม่ได้รับความชอกช้ำ นึกขาด โดยผสมผสานกิจกรรมการพยาบาลขณะคลอดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่าสามารถป้องกันการบาดเจ็บของฝึ่เย็บ ประกอบด้วย จัดท่าคลอดให้ผ่อนคลาย การเบ่งคลอดเอง การไม่ใช้มือประคองฝึ่เย็บ ร่วมกับการไม่ตัดฝึ่เย็บ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายของกิจกรรมนี้ คาดว่าจะส่งผลดีต่อผู้คลอด คือการนึกขาดและความปวดฝึ่เย็บลดลง หรืออยู่ในระดับต่ำกว่า ดังนี้

#### **การจัดท่าคลอด**

การจัดท่าคลอดขณะคลอด เป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดการบาดเจ็บของฝึ่เย็บ นอกจากจะเป็นท่าคลอดที่ช่วยให้ผู้คลอดมีความสุขสบาย ควรเป็นท่าคลอดที่ทำให้ผลลัพธ์การคลอดที่ปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกที่อยู่ในครรภ์ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดทำขณะเบ่งคลอด แบ่งเป็น 2 ประเภท (DiFranco, Romano, & Keen, 2007) คือ ท่าลำตัวในแนวตั้งกับท่าลำตัวในแนวนอน เป็นท่าที่ได้ประโยชน์จากแรงโน้มถ่วงของโลก ช่วยให้ทารกเคลื่อนต่ำ

และท่าที่ไม่ได้อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลกเสริมการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกในครรภ์ (Gravity neutral position)

1. ท่าลำตัวในแนวตั้ง (Upright positions) เป็นท่าคลอด ที่มีการจัดให้ศีรษะสูงมากกว่า 45 องศา ได้แก่ ท่ายืน (Standing position) ท่าคุกเข่า (Kneeing position) ท่านั่งยอง (Squatting position) ประโยชน์ในการจัดท่าคลอดศีรษะสูงช่วยทำให้ทารกเคลื่อนลงสู่ช่องทางคลอดได้เร็วตามแรงโน้มถ่วงของโลก

ท่ายืน เนื่องจากการยืน และเบ่งตามแรงโน้มถ่วงของโลก มดลูกจะหดตัวดีช่วยให้การคลอดดำเนินเร็วขึ้น อาการปวดจะน้อยกว่าการเบ่งคลอดทำอื่น ๆ แต่ไม่สะดวกสำหรับผู้ดูแลคลอด

ท่าคุกเข่า ช่วยให้ผู้นั่งคลอดมีความสุขสบาย อาการปวดน้อยกว่า ลดอาการปวดหลัง และบรรเทาอาการปวดในผู้คลอดที่เป็นริดสีดวงทวาร (Haemorrhoids) สำหรับท่าคลอดนี้ ผู้คลอดจะได้พักผ่อนมากกว่าในท่ายืน

ท่านั่งยอง (Squatting position) เป็นท่าที่ต้องใช้ผู้สนับสนุนในการคลอด 2 คน หรือผู้คลอดจะต้องช่วยตนเองในการพิงหลัง กับกำแพง เพื่อองและกางต้นขาออก ท่านี้มีประโยชน์คือ การเบ่งคลอดได้เร็ว ตามแรงโน้มถ่วงของโลก ช่องเชิงกรานขยายกว้างขึ้น จากภาพถ่ายรังสีพบว่าท่านี้เพิ่มความกว้างของช่องเชิงกราน เพิ่มพื้นที่สำหรับทารกเคลื่อนต่ำลง นอกจากนี้ ท่านี้ยังช่วยบรรเทาอาการปวดหลังของผู้คลอด แต่เป็นท่าที่ทำให้ผู้คลอดเหนื่อยที่สุด (Simkin & Ancheta, 2005)

2. ท่าลำตัวในแนวนอน เป็นท่าที่ไม่ได้อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลกเสริมการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกในครรภ์ (Gravity neutral position) ได้แก่

ท่าสี่ขา (Kneeing on all four position) ท่าสี่ขามีประโยชน์ในการหมุนศีรษะทารกในท่า Occipitoposterior position เพิ่มความสุขสบาย ลดอาการปวดหลังและบรรเทาอาการปวดในผู้คลอดที่เป็นริดสีดวงทวาร (Haemorrhoids) อีกทั้งช่วยลดปัญหาความผิดปกติของหัวใจทารก เนื่องจากสายสะดือถูกกดทับ ท่านี้ทำให้ง่ายต่อการตรวจภายใน และสามารถเห็นทารก และฝีเย็บได้ชัดเจน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของฝีเย็บเพียงเล็กน้อย แต่อาจเพิ่มการบาดเจ็บของปากช่องคลอด (Valva)

ท่านอนตะแคง (Side-lying position) ท่านอนตะแคง เป็นท่าคลอดที่ทำให้ผู้นั่งคลอดรู้สึกสุขสบายท่าหนึ่ง ช่วยลดระยะที่ 2 ของการคลอด และลดอัตราการตัดฝีเย็บ มีผลทำให้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดบรรเทาลง โดยสรีรวิทยาของกระดูกก้นกบที่กางออก ทำให้พื้นที่ของ

ช่องทางคลอดกว้างขึ้น ทารกสามารถเคลื่อนต่ำลง และกระดูกหัวเหน่าจะยืดขยายได้เพียงเล็กน้อย (Keen et al., 2004)

ท่ากึ่งนั่ง (Semisitting position) เป็นท่าที่ช่วยให้ผ่อนคลาย และรู้สึกดีกว่า ท่านอนตะแคง ช่วยเหลือระยะที่ 2 ของการคลอด เป็นท่าที่ช่วยลดความเสี่ยงของการฉีกขาดของฝีเย็บ

ท่านอนหงาย (Supine position) ท่านอนหงายแบ่งเป็น ท่านอนหงายราบชันเข้า (Dorsal recumbent) ท่านอนหงายราบศีรษะสูง (Semi-recumbent) และท่านอนหงายราบ ขาพาด ขาหยั่ง (Lithotomy) เป็นการจัดทำในโรงพยาบาลทั่วไป ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ท่าทั้งสองท่านี้ สะดวกต่อการประเมินการหดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจของทารก และการดูแลคลอดทางการแพทย์ โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาเร่งคลอด และการได้รับยาบรรเทาอาการปวดขณะรอคลอด แต่มีผลเสียเรื่องการเบ่งคลอดไม่ดี เนื่องจากแนวแรงเบ่งต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก และกระดูกก้นกบไม่สามารถขยายออกไปทางด้านหลัง เนื่องจากถูกกดทับกับเตียง

#### เปรียบเทียบการฉีกขาดของฝีเย็บของท่าคลอดต่าง ๆ

ท่าคลอดนอนหงายราบ ได้แก่ ท่าคลอดนอนหงายราบชันเข้า ท่าคลอดนอนหงายราบบนขาหยั่ง และท่าคลอดนอนหงายราบศีรษะสูง เป็นท่าที่ปลายกระดูกก้นกบไม่สามารถกางออกได้ เพราะปลายกระดูกก้นกบ อยู่ในแนวระนาบกับพื้นเตียง ทำให้อัตราการตัดฝีเย็บสูงกว่าทำอื่น ๆ มีการฉีกขาดและเย็บซ่อมแซมฝีเย็บมากถึงร้อยละ 84.4 (Shorten, Donante, & Shorten, 2002) ท่าคลอดนอนหงายจึงทำให้เกิดการฉีกขาดมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Terry et al. (2006) Elvander et al. (2015) เมื่อเปรียบเทียบการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดท่าศีรษะสูงกับผู้คลอดท่านอนหงายราบ พบว่าผู้คลอดท่าศีรษะสูงมีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดท่านอนหงายราบ ในท่าคลอดศีรษะสูงพบมีการฉีกขาดในระดับที่หนึ่งมากกว่าส่วนการคลอดนอนหงายราบมีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับสอง และสามมากกว่ายกเว้นท่าคลอดศีรษะสูงด้วยการนั่งยอง และท่าคลอดกึ่งนั่ง โดยท่านั่งยองเป็นท่าที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับรุนแรงมากที่สุด มากกว่า ร้อยละ 53 (Shorten et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gottvall, Allebeck, and Ekeus, (2007) ที่ว่าท่าคลอดนอนหงายราบ ขาพาดบนขาหยั่ง และท่านั่งยองเพิ่มความเสียหายสูงในฉีกขาด ของฝีเย็บจนถึงหูรูดทวารหนัก ร้อยละ 6.9 และ 6.4

สรุป เมื่อเปรียบเทียบท่าคลอดทั้งหมด ได้แก่ ท่านั่ง ท่านอนบนขาหยั่ง ท่านอนตะแคง ท่าคุกเข่า พบว่า ท่านั่งบนเก้าอี้ ท่านอนหงายราบ ท่านั่งยอง ท่ายืน ท่าสี่ขา จากฐานข้อมูลการคลอดจำนวน 113,000 คน ที่คลอดเองทางช่องคลอด โดยไม่ตัดฝีเย็บในครรภ์แรกและครรภ์หลัง กรุง Stockholm ประเทศสวีเดน ผลพบว่า ท่าที่ช่วยในการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บในครรภ์แรก

คือ ท่านอนตะแคงท่าคลอนอนตะแคง การศึกษาของ Elvander et al. (2015) เป็นท่าที่ทำให้ฝึยบีบไม่ถี่ขนาดมากที่สุด (ร้อยละ 66.6) ลดการเย็บซ่อมแซมฝึยบีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Shorten et al., 2002) มีการถี่ขนาดของฝึยบีบในระดับต่ำมากกว่าผู้คลอดท่าคลอดอื่น ๆ (Soong & Barnes, 2005) นอกจากนี้ท่าคลอนอนตะแคงยังทำให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย (Albers & Border, 2007)

### การเบ่งคลอด

การเบ่งคลอดมีความสำคัญต่อการถี่ขนาดของฝึยบีบ ลักษณะการเบ่งคลอดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของการถี่ขนาดฝึยบีบได้ ลักษณะการเบ่งคลอดที่แรงและนาน จะทำให้ฝึยบีบถี่ขนาดได้มากขึ้น ส่วนการเบ่งที่ไม่ใช้แรงมากเกินไป จะช่วยทำให้กล้ามเนื้อฝึยบีบค่อย ๆ ยืดขยายอย่างช้า ๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อของฝึยบีบมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้การถี่ขนาดของฝึยบีบลดลง การเบ่งคลอดแบ่งเป็น 2 วิธี คือ

1. การเบ่งคลอดเอง (Spontaneous pushing, Delayed pushing, Uncoached) เป็นการเบ่งคลอดด้วยเทคนิคของผู้คลอดเอง ผู้คลอดเบ่งตามกระบวนการทางสรีรวิทยาการคลอด การเบ่งจะเกิดขึ้น เมื่อผู้คลอดมีความรู้สึกอยากเบ่งอย่างเต็มที่ จนไม่สามารถควบคุมให้อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจได้ ซึ่งจะเกิดเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงบริเวณฝึยบีบ จนเกิดการยืดขยาย เกิด Ferguson's reflex ผู้คลอดจะเกิดความรู้สึกอยากเบ่งจนไม่สามารถทนได้ การเบ่งเองเป็นการเบ่งด้วยตนเอง ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น การเบ่งจึงไม่รุนแรง ไม่นานและอาจไม่เบ่งทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก ลักษณะการเบ่งเป็นแบบเปิดช่องลมหายใจ โดยการหายใจและปล่อยลมออกทางปากขณะเบ่ง การเบ่งแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 4-6 วินาที/ ครั้ง และเบ่ง 3-5 ครั้ง/ การหดตัวของมดลูก การเบ่งจึงไม่รุนแรงส่งผลให้ศีรษะทารกเคลื่อนออกมาอย่างช้า ๆ ฝึยบีบค่อย ๆ ยืดขยาย การดึงรั้งไม่รุนแรง การชอกช้ำและการบาดเจ็บของฝึยบีบเกิดขึ้นน้อยกว่า ความเจ็บปวดฝึยบีบในระยะหลังคลอดจึงน้อยกว่า (Rossi & Lindell, 1986)

2. การควบคุมการเบ่งคลอด (Valsava maneuver, Coached, Purple pushing หรือ Directed pushing) เป็นการเบ่งคลอดที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในระยะที่ 2 ของการคลอด ลักษณะการเบ่งเป็นแบบปิดช่องลมหายใจ โดยกลั้นลมหายใจแล้วเบ่งลงก้น ยกคางชิดอก เบ่งให้นานที่สุด/ ครั้งแรงดันต่อฝึยบีบจึงมาก ทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนผ่านออกมาอย่างรวดเร็ว ฝึยบีบเกิดการดึงรั้งอย่างแรงและรวดเร็ว ทำให้เกิดการถี่ขนาดมากขึ้น ส่งผลให้มีความปวดฝึยบีบอย่างมาก (Peterson & Besuner, 1997)



เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการเบ่งคลอดเอง กับการควบคุมการเบ่งคลอด มีดังนี้

1. การฝึกขนาดของฟีเย็บ การเบ่งคลอดเองซึ่งมีความแตกต่างของความเร็วและความแรงของการเบ่งคลอด โดยผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งจะมีความเร็วและแรงขณะเบ่ง จากการปิดช่องลมหายใจและกลั้นลมเบ่งลงกัน ทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก ในการเบ่งคลอดเองจะมีความเร็วและความแรงของลมเบ่งน้อยกว่า เนื่องจากเบ่งแบบเปิดช่องลมหายใจ เบ่งเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง ซึ่งอาจจะไม่เบ่งทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก จึงทำให้การเบ่งคลอดเองมีการฝึกขนาดของฟีเย็บน้อยกว่าสาเหตุจากความเร็วและแรงของลมเบ่งที่น้อยกว่า

รายงานการเบ่งคลอดของผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบธรรมชาติเปรียบเทียบกับเบ่งคลอดแบบควบคุม พบว่า ผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบธรรมชาติ มีการฝึกขนาดเองของฟีเย็บในระดับ 1 ร้อยละ 16.7 การฝึกขนาดของฟีเย็บในระดับ 2 ร้อยละ 20 และการฝึกขนาดของฟีเย็บในระดับ 3 ร้อยละ 6.7 ส่วนผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอดได้รับการตัดฟีเย็บทั้งหมด พบว่า ไม่มีการฝึกขนาดของฟีเย็บในระดับที่ 1 การฝึกขนาดในระดับที่ 3 ร้อยละ 16.7 ที่เหลือเป็นการฝึกขนาดในระดับที่ 2 (มณีวรรณ บุระชัย และคณะ, 2552) นอกจากนี้พบว่า กิจกรรมการไม่เบ่งคลอดในขณะที่ศีรษะทารกเคลื่อนผ่านปากช่องคลอด ซึ่งทำการศึกษาในผู้คลอดจำนวน 12,369 คน ในระหว่าง ค.ศ. 2002-2007 รายงานการฝึกขนาดของหูดตรวจรหนักน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 4.03 เหลือร้อยละ 1.17 (Laine, Pirhonen, Rolland, & Pirhonen, 2008)

2. ความเจ็บปวดของฟีเย็บ เนื่องจากการเบ่งคลอดเร็วและแรงในผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งทำให้เกิดการฝึกขนาดของฟีเย็บและส่งผลต่อความปวดฟีเย็บมากกว่าผู้คลอดที่เบ่งคลอดเอง

ในระยะหลังคลอดระหว่างผู้คลอดที่เบ่งคลอด กับวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของกลุ่มที่เบ่งคลอดแบบธรรมชาติในระยะ 12-24 ชั่วโมง และ 1 สัปดาห์ หลังคลอด ต่ำกว่ากลุ่มที่เบ่งแบบควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มณีวรรณ บุระชัย และคณะ, 2552) การปวดฟีเย็บเพิ่มมากขึ้น ในผู้คลอดที่มีการเบ่งคลอดแบบ Active pushing เป็นระยะเวลานาน (Leeman et al., 2009)

3. ความเหนื่อยล้า ผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอดจะเบ่งทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก ด้วยแรงทั้งหมดของผู้คลอด โดยการเบ่งแบบปิดช่องทางลมหายใจ โดยกลั้นลมหายใจแล้วเบ่งลงกัน ยกวางซิดอก เบ่งให้นานที่สุด/ ครั้ง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้ากว่าการเบ่งคลอดเอง เพราะเป็นการเบ่งเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งเมื่อรู้สึกเหนื่อยผู้คลอดสามารถหยุดการเบ่งด้วยตนเอง ผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอดจึงมีความเหนื่อยล้ามากกว่า

การศึกษาเปรียบเทียบกับผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอด กับผู้คลอดที่เบ่งคลอดเอง ในระยะที่สองของมารดาครรภ์แรก (Lai, Lin, Li, shey, & Gau, 2009) พบว่า ความเหนื่อยล้า

ของผู้คลอดที่เบ่งคลอดเอง น้อยกว่าผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอด เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Lam and McDonald (2010) การเบ่งคลอดเองหรือการเบ่งเข้าหรือเบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่ง ทำให้ปลอดภัย มีความเหนียวแน่นน้อยกว่าผู้คลอดที่ควบคุมการเบ่งคลอด

4. การใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด และการผ่าตัดคลอดในผู้คลอดที่เบ่งแบบปิดปาก กลืนลมเบ่งลงกัน พบอัตราการใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด และการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่เบ่งคลอดเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lam & McDonald, 2010) ซึ่งขัดแย้งกับการทดลองของ Bloom, Casey, Schaffer, McIntire, and Leveno (2006) พบว่า ผู้คลอดที่เบ่งคลอดเองกับ ผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบกลืนลมเบ่ง ได้รับการช่วยคลอดด้วยเครื่องมือช่วยคลอด และการผ่าตัดคลอด ไม่แตกต่างกัน

5. ระยะที่ 2 ของการคลอด ในผู้คลอดที่เบ่งคลอดเอง กับผู้คลอดที่เบ่งแบบกลืนลมเบ่ง มีระยะที่ 2 ของการคลอดแตกต่างกัน โดยผู้คลอดที่เบ่งแบบกลืนลมเบ่งระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่เบ่งคลอดเอง (Prins, Boxem, Lucus, & Hutton, 2011; Schaffer et al., 2005)

6. ความผิดปกติของอวัยวะภายในพื้นเชิงกราน พบว่าการเบ่งคลอดแบบการปิดปาก กลืนลมเบ่ง ทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ในระยะ 3 เดือนแรกหลังคลอด ทำให้กลืนปัสสาวะได้ยาก เพราะมีผลกระทบต่อระบบทางเดินปัสสาวะทำงานไม่เป็นปกติหลังคลอด (Prins et al., 2011; Schaffer et al., 2005)

สรุป การเบ่งคลอดแบ่งเป็น 2 วิธี คือ การเบ่งคลอดเอง กับการควบคุมการเบ่งคลอด เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการเบ่งคลอด พบว่า การเบ่งคลอดเอง ซึ่งมีลักษณะแบบเบ่งสั้น เปิดปาก และไม่กลืนลมหายใจ ความเร็วและความแรงของลมเบ่งน้อยกว่า ทำให้การนิกษาดของฝีเย็บ ความเจ็บปวดของฝีเย็บ ความเหนียวแน่น การใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด การผ่าตัดคลอด ระยะที่ 2 ของการคลอด และความผิดปกติของอวัยวะภายในพื้นเชิงกราน น้อยกว่าการเบ่งแบบควบคุมการเบ่งคลอด โดยการเบ่งคลอดเองช่วยให้ช่องทางคลอดและกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย และเกิดอันตรายต่อฝีเย็บน้อยที่สุด ส่งผลต่อการปวดฝีเย็บลดลง

#### **การประคองฝีเย็บ**

การประคองฝีเย็บคือ เทคนิคที่ช่วยลดการบาดเจ็บของฝีเย็บในระยะที่ 2 ของการคลอด ด้วยการป้องกันฝีเย็บ แบ่งการประคองฝีเย็บออก 2 วิธี คือ การใช้มือประคองฝีเย็บ และการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ (McCandish, 2001)

การใช้มือประคองฝีเย็บ เป็นการใช้มือกดที่ฝีเย็บ และอีกมือหนึ่งกดที่ศีรษะของทารก เมื่อศีรษะทารกคลอด ช่วยหมุนศีรษะ และทำคลอดไหล่ และรับลำตัวของทารก

การไม่ใช้มือประคองฝ่าเท้า เป็นการไม่ใช้มือสัมผัสที่ศีรษะทารก และฝ่าเท้า ศีรษะทารก ค่อย ๆ เยกพื้นปากช่องคลอด ทารกคลอดใหญ่ และลำตัวออกมาเอง

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการใช้มือประคองฝ่าเท้ากับการไม่ใช้มือประคองฝ่าเท้า มีดังนี้

1. การบาดเจ็บของฝ่าเท้า ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการประคองฝ่าเท้าขณะคลอด มีอัตราการบาดเจ็บของฝ่าเท้าน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการใช้มือประคองฝ่าเท้า ดังการศึกษาของ Rezaei et al. (2014) พบว่า กลุ่มผู้คลอดคลอดครั้งแรกที่ได้รับการประคองฝ่าเท้าด้วยมือขณะคลอด มีการฉีกขาดของฝ่าเท้าในระดับ 3 ร้อยละ 2.7 มากกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ไม่ได้รับการประคองฝ่าเท้า ซึ่งมีการฉีกขาดของฝ่าเท้าในระดับเดียวกันเพียงร้อยละ 0.3 โดยกลุ่มผู้คลอดที่ไม่ได้รับการประคองฝ่าเท้า มีการฉีกขาดของฝ่าเท้าเพียงเล็กน้อย ที่ไม่จำเป็นต้องเย็บซ่อมแซมฝ่าเท้า ร้อยละ 15.7 สูงกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการประคองฝ่าเท้าที่มีการฉีกขาดของฝ่าเท้าเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 5.7 ในกลุ่มผู้คลอดที่ใช้มือประคองฝ่าเท้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ สินีนาฏ หงส์ระนัย (2559) ว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการใช้มือประคองฝ่าเท้ามีการฉีกขาดระดับ 3 มากกว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการไม่ใช้มือประคองฝ่าเท้า มีการบาดเจ็บของฝ่าเท้าพบเพียงเล็กน้อยในผู้คลอดที่ไม่ได้ใช้มือประคองฝ่าเท้าขณะคลอด (Petrocnik & Marshall, 2015)

2. การตัดฝ่าเท้า ผู้คลอดที่ได้รับการประคองฝ่าเท้าขณะคลอด มีอัตราการตัดฝ่าเท้าน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการใช้มือประคองฝ่าเท้า ดังการศึกษาของ Rezaei et al. (2014) พบว่า ในกลุ่มผู้คลอดคลอดครั้งแรกที่ได้รับการประคองฝ่าเท้าด้วยมือมีอัตราการตัดฝ่าเท้าสูงกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ไม่ได้รับการประคองฝ่าเท้าด้วยมือขณะคลอด โดยกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการประคองฝ่าเท้าด้วยมือมีอัตราการตัดฝ่าเท้าร้อยละ 12.7 กลุ่มผู้คลอดที่ไม่ได้รับการประคองฝ่าเท้าด้วยมือมีอัตราการตัดฝ่าเท้า ร้อยละ 5.7

3. ความปวดฝ่าเท้า ผู้คลอดที่ได้รับการไม่ใช้มือประคองฝ่าเท้า มีระดับความปวดฝ่าเท้าหลังคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการใช้มือประคองฝ่าเท้า ดังการศึกษาของ สินีนาฏ หงส์ระนัย (2559) พบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการใช้มือประคองฝ่าเท้า มีความเจ็บปวดที่ฝ่าเท้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และ 6 สัปดาห์หลังคลอดมากกว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการไม่ใช้มือประคองฝ่าเท้า ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systemically review) ของ Petrocnik and Marshall (2015) ว่า กลุ่มผู้คลอดที่ไม่ได้รับการประคองฝ่าเท้ามีความปวดฝ่าเท้าน้อยกว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการประคองฝ่าเท้า

สรุป การประคองฝ่าเท้ามี 2 วิธี คือ การประคองฝ่าเท้าด้วยมือกับการไม่ประคองฝ่าเท้าด้วยมือ การประคองฝ่าเท้าด้วยมือหากเกิดความไม่สมดุลระหว่างแรงที่ผลักให้ทารกคลอดออกมา กับ

แรงต้านจากมือผู้ช่วยคลอด โดยการใช้มือประคองฝีเย็บอาจไม่สัมพันธ์กับแรงที่ผลักระยะทารก ให้แรงขึ้นเพื่อให้คลอดผ่านทางช่องคลอด โอกาสที่ฝีเย็บจะฉีกขาดเพิ่มมีมากขึ้น การศึกษาส่วนใหญ่ พบว่าการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บมีโอกาสที่ฝีเย็บจะบาดเจ็บน้อยกว่าการใช้มือประคองฝีเย็บ ดังนั้น การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ ในขณะที่ทารกเคลื่อนผ่านปากช่องคลอดจึงเป็นเทคนิคที่เหมาะสมมากกว่า โดยผู้ช่วยคลอดจะไม่สัมผัสศีรษะของทารกและฝีเย็บ ปล่อยให้ศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาเอง ช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บ

### การไม่ตัดฝีเย็บ

การช่วยคลอดด้วยการตัดฝีเย็บ เป็นหัตถการการช่วยคลอดที่ทำมาช้านาน การที่ยังคง มีการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรในผู้คลอดทุกราย ด้วยความเชื่อที่ว่า การตัดฝีเย็บ เพื่อความสะดวก ในการเย็บซ่อมแซม เพราะแผลมีแนวเรียบ ไม่กระรุ่งกระหิ้งเหมือนแผลฝีเย็บที่ฉีกขาดเอง ทำให้ แผลฝีเย็บมีอาการเจ็บปวดน้อยลง มีการซ่อมแซมและการหายของแผลเร็วขึ้น ป้องกันการฉีกขาด ของปากช่องคลอด ช่องคลอด กล้ามเนื้อพื้นของอุ้งเชิงกราน หูดทวารหนัก และเยื่อหู ช่องทวารหนัก ลดอันตรายต่อศีรษะทารกต่อการถูกกดเป็นเวลานาน

ความเชื่อที่ว่า การฉีกขาดจากการตัดฝีเย็บมีแนวเรียบเย็บซ่อมแซมได้ง่ายนั้น เป็นความจริง แต่การตัดฝีเย็บไม่ทำให้อาการปวดลดลงและการหายของแผลไม่ได้เร็วขึ้น เมื่อเทียบกับการไม่ตัดฝีเย็บ นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่ตัดฝีเย็บจะทำให้ลดการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ มากกว่า (Larsson et al., 2000) มีการศึกษาพบว่าการตัดฝีเย็บแทนที่จะลดการฉีกขาดหูดทวาร หนัก และ เยื่อหูช่องทวารหนัก แต่กลับเพิ่ม การฉีกขาดของหูดทวารหนัก และ เยื่อหู ช่องทวารหนักให้มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ตัดฝีเย็บ (Rodiquez et al., 2008) สำหรับการฉีก ขาดของช่องทางคลอดนั้น พบว่าการตัดฝีเย็บทำให้มีการบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บด้านหลัง ได้แก่ กล้ามเนื้อฝีเย็บ หูดทวารหนัก และเยื่อหูช่องทวารหนัก มากกว่าการไม่ตัดฝีเย็บ แต่การไม่ตัดฝีเย็บทำให้มีบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บด้านหน้า ได้แก่ การได้รับอันตราย หรือการฉีกขาดของแคม ผันช่องคลอด ท่อปัสสาวะ และคริสตอริส (Carroli & Mignini, 2009).

การตัดฝีเย็บที่มีการใช้อยู่ในปัจจุบันมีเพียง 2 ประเภท คือ การตัดฝีเย็บแบบกึ่งกลาง (Midline episiotomy) และการตัดฝีเย็บแบบเฉียงด้านข้าง 45 องศา (Mediolateral episiotomy)

ตัดฝีเย็บแบบกึ่งกลาง (Midline episiotomy) เป็นการตัดฝีเย็บที่แนวกึ่งกลางของฝีเย็บ จากมุมล่างสุดของช่องทางคลอดลงไป การตัดฝีเย็บวิธีนี้ เป็นที่นิยมใช้ เนื่องจากเย็บซ่อมแซม แผลฝีเย็บได้ง่ายกว่าปวดฝีเย็บน้อยกว่า และสุขสบายมากกว่า การตัดฝีเย็บแบบเฉียงด้านข้าง 45 องศา (Mediolateral episiotomy) แต่เพิ่มความเสี่ยงในการฉีกขาดของฝีเย็บถึงทวารหนัก

ตัดฝีเย็บแบบเฉียงด้านข้าง 45 องศา (Mediolateral episiotomy) เป็นการตัดฝีเย็บจากแนวกึ่งกลางของฝีเย็บไปทางด้านข้าง อย่างน้อยที่สุด การตัดฝีเย็บลักษณะนี้ จะช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 3 และ 4 แต่มีความยากสำหรับการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บมากกว่า การตัดฝีเย็บแบบกึ่งกลาง (Midline episiotomy) การเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น เพิ่มความปวดฝีเย็บและไม่สบายในภายหลังการคลอด

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการตัดฝีเย็บกับการจำกัดการตัดฝีเย็บ

### 1. การบาดเจ็บของฝีเย็บ

การศึกษาของ Carroli and Mignini (2009) การจำกัดการตัดฝีเย็บกับการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร กลุ่มผู้คลอดที่มีการจำกัดการตัดฝีเย็บ มีการบาดเจ็บของฝีเย็บรุนแรงน้อยกว่าการเย็บแผลฝีเย็บน้อยกว่าภาวะแทรกซ้อนในการสมานของแผลฝีเย็บน้อยกว่า กลุ่มผู้คลอดที่มีการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร และกลุ่มผู้คลอดที่มีการจำกัดการตัดฝีเย็บ พบว่า มีการบาดเจ็บของฝีเย็บส่วนหน้ามากกว่าการตัดฝีเย็บเพิ่มความเสี่ยงในการบาดเจ็บของฝีเย็บที่รุนแรง (Dudding, Vaizey, & Kamm, 2008; Eason et al., 2000) การตัดฝีเย็บแบบกึ่งกลาง (Midline episiotomy) ทำให้เพิ่มการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับ 3 และ 4 (Baessler & Schuessler, 2003) การศึกษาเปรียบเทียบการตัดฝีเย็บและการจำกัดการตัดฝีเย็บ เป็นจำนวนร้อยละ 82.6 และร้อยละ 30.1 พบการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับ 3 และ 4 ร้อยละ 1.5 และ 1.2 ตามลำดับ การศึกษาอัตราการฉีกขาดของฝีเย็บในสหราชอาณาจักร ระหว่าง ค.ศ. 2000-2012 พบว่า การฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่สามและสี่เพิ่มขึ้น 3 เท่า จากร้อยละ 1.08 เป็นร้อยละ 5.9

### 2. ความปวดของฝีเย็บ

ความปวดฝีเย็บเป็นผลมาจากการบาดเจ็บของฝีเย็บ การฉีกขาด การตัดฝีเย็บ และการใช้เข็มช่วยคลอด หรือเครื่องดูดสุญญากาศขณะคลอดบุตร ความปวดฝีเย็บร้อยละ 42 ในช่วงแรกหลังคลอด ความปวดลดลง เหลือร้อยละ 22 และร้อยละ 8 ภายหลังการคลอด ที่ 8 และ 12 สัปดาห์หลังคลอด ตามลำดับ รายงานการศึกษาความปวดของฝีเย็บจากการบาดเจ็บรุนแรงของฝีเย็บซึ่งเป็นการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 3 และ 4 จากการตัดฝีเย็บอยู่ในระดับสูง และจำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาอาการปวด มีระดับความปวดฝีเย็บมากกว่า การฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 1 และ 2 หรือฝีเย็บที่ไม่ฉีกขาด (Leeman et al., 2009) การจำกัดการตัดฝีเย็บทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า การตัดฝีเย็บที่เป็นกิจวัตร หลีกเลี่ยงการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรถ้าไม่จำเป็น ช่วยลดการปวดฝีเย็บหลังคลอด (Carroli & Mignini, 2009)

สรุปได้ว่า การตัดฝีเย็บเป็นหัตถการที่เชื่อว่าลดการฉีกขาดและความปวดของฝีเย็บจากการศึกษาพบว่า การตัดฝีเย็บเพิ่มความเสี่ยงในการบาดเจ็บของฝีเย็บที่รุนแรง เพิ่มการฉีกขาด

ของฝีเย็บในระดับ 3 และ 4 (Dudding et al., 2008; Eason et al., 2000) เมื่อเปรียบเทียบการนิกษาค และความปลอดภัยของฝีเย็บในผู้คลอดที่ตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร กับผู้คลอดที่จำกัดการตัดฝีเย็บ พบว่า ผู้คลอดที่จำกัดการตัดฝีเย็บมีระดับการนิกษาคและความปวดฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่ตัดฝีเย็บ เป็นกิจวัตร (Carroli & Mignini, 2009; Leeman et al., 2009)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บโดยผสมผสาน กิจกรรมพยาบาลในการช่วยลดการบาดเจ็บหรือการนิกษาคของฝีเย็บด้วยหลักการดังกล่าว ในขณะที่ศีรษะทารกกำลังจะเคลื่อนต่ำผ่านทางคลอดออกมา ประกอบด้วย การจัดทำคลอดนอน ตะแคง เพื่อให้ปลายกระดูกปลายก้นยกเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ทางออกได้ง่าย เมื่อส่วนนำ เคลื่อนผ่าน ช่วยเพิ่มขนาดของช่องทางคลอด รวมทั้งไม่ได้อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลก เพื่อช่วยเสริม การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ลดแรงดันที่กระทำต่อพื้นเชิงกราน การเบ่งคลอดเอง เพื่อให้ศีรษะทารก ในครรภ์ค่อย ๆ เคลื่อนออกมาอย่างช้า ๆ ฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย โดยให้ผู้คลอดเบ่งเมื่อรู้สึก ว่าอยากเบ่ง เบ่งแบบเปิดช่องทางลมหายใจ จำนวนครั้งและระยะเวลาของการเบ่งขึ้นกับความรู้สึก ของผู้คลอด โดยทั่วไปใช้เวลา 4-6 วินาที/ ครั้ง ตลอดจนการหดตัวของมดลูก อาจมีการออกเสียง ร่วมด้วยก็ได้ การเบ่งคลอดเองจึงมีแรงเบ่งที่ไม่รุนแรง ส่งผลให้ศีรษะทารกในครรภ์เคลื่อนออกมา อย่างช้า ๆ ฝีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย การชอกช้ำ และการบาดเจ็บของฝีเย็บเกิดขึ้นน้อยกว่า ความเจ็บปวด ฝีเย็บในระยะหลังคลอดจึงน้อยกว่า การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ เพื่อลดความไม่สมดุลระหว่างแรง ที่ผลักให้ทารกคลอดออกมากับแรงต้านจากมือผู้ช่วยคลอด โดยผู้ช่วยคลอดจะไม่สัมผัสศีรษะ ของทารก และฝีเย็บ จนกระทั่งทารกคลอดไหล่ออกเองตามกลไกการคลอด เป็นการปล่อยให้ฝีเย็บ ยืดขยายอย่างช้า ๆ และศีรษะทารกค่อย ๆ คลอดออกมาเอง และการไม่ตัดฝีเย็บ เพื่อลดอุบัติเหตุการ นิกษาคของฝีเย็บในระดับรุนแรง ประกอบด้วย การจัดทำคลอดให้นอนตะแคง การเบ่งคลอด เอง การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ และการไม่ตัดฝีเย็บ จากความสำคัญในการดูแลผู้คลอด เพื่อลด การบาดเจ็บ และผลกระทบจากการนิกษาคของฝีเย็บ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บ ของฝีเย็บ โดยนำปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บหรือการนิกษาคของฝีเย็บ เป็นกิจกรรมพยาบาลที่ช่วยให้ฝีเย็บยืดขยายอย่างช้า ๆ โดยที่ศีรษะทารกค่อย ๆ เคลื่อนออกมา ลดแรงดันที่กระทำต่อฝีเย็บอย่างรุนแรง รวมทั้งการเพิ่มขยายช่องเชิงกราน

### **บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ**

แนวคิดของพยาบาลในการปฏิบัติงานในการศึกษาอุบัติเหตุการนิกษาคของฝีเย็บ โดยพยาบาลเห็นว่ามีมีความสำคัญในการดูแลผู้รับบริการช่วยลดการนิกษาคของฝีเย็บ และความรู้จากการบาดเจ็บของฝีเย็บได้มากกว่า การดูแลทางการแพทย์ (Mohamed, 2016)

โดยการศึกษาเทคนิคการจัดฝึยในระยษที่ 2 ของการคลอด มีมากในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ การศึกษาในประเทศแถบยุโรป กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา พยาบาลผดุงครรภ์สามารถทำคลอดที่บ้าน เปิดสถานบริการผดุงครรภ์เอกชนในการดูแลผู้คลอด มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพสู่โรงพยาบาลตติยภูมิ ในขณะที่มารดา และทารกอยู่ในภาวะวิกฤต เป็นการดูแลคลอด ที่ผดุงครรภ์ เน้นการคลอดตามวิถีธรรมชาติ เป็นการคลอดตามสัญชาตญาณของผู้คลอดโดยลดหัตถการหรือกิจกรรมบางอย่างไม่จำเป็น ตามคำแนะนำคลอดขององค์การอนามัยโลก

ผลของการดูแลคลอดโดยผดุงครรภ์ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้ก่อนคลอด และสนับสนุนให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ให้ความช่วยเหลือ และมีสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดแก่ผู้คลอดในการสนับสนุนการคลอด ทำให้ผู้คลอดมีความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์และคลอดบุตร เพิ่มประสบการณ์ในการคลอด และควบคุมการคลอดด้วยตนเองในขณะที่คลอดลดการใช้เทคโนโลยีในการคลอด หรือหัตถการที่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้คลอด และทารกในครรภ์ลดอัตราการเร่งคลอด ลดอัตราการผ่าตัดคลอด ทำให้ลดอุบัติการณ์การนึกษาคของฝึยในระดับ 3 แล 4 มีโอกาสคลอดปกติสูงขึ้น เมื่อได้รับการดูแล โดยผดุงครรภ์ อัตราการไ้เห็นมารดา อัตราความพึงพอใจในการดูแลอยู่ในระดับสูง พบว่า แนวโน้มการดูแลคลอดโดยพยาบาลผดุงครรภ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ ในสหรัฐอเมริกา รายงานความเสียหายของฝึยเพิ่มขึ้น 2.92 เท่า เมื่อผู้คลอดได้รับการดูแลตามรูปแบบการคลอดทางการแพทย์ (Meyvis et al., 2012) การดูแลโดยพยาบาลผดุงครรภ์ ได้รับการพิสูจน์ว่าลดอัตราตายของทารกในโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ในกลุ่มผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ (American College of Nurse-Midwives, 2012)

สำหรับประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา หญิงตั้งครรภ์ นิยมมาคลอดที่โรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาล ผลของการเข้ารับบริการคลอดในโรงพยาบาลเชื่อว่าลดการติดเชื้อ ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีความทันสมัย มารดา และทารกปลอดภัย และลดการติดเชื้อ การดูแลคลอดที่เป็นการคลอดปกติอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ โดยมีพระราชบัญญัติกฎหมายวิชาชีพรับรอง สำหรับการคลอดปกติซึ่งกระทำโดยพยาบาลผู้คลอดส่วนใหญ่ ได้รับการและดูแลโดยพยาบาลเป็นระยะเวลาานานว่าวิชาชีพอื่น ๆ ในโรงพยาบาล พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัย ปัจจุบันพยาบาลผดุงครรภ์ ดูแลการคลอดตามรูปแบบทางการแพทย์ ได้แก่ จัดให้คลอดท่านนอนหงายราบ ชันเข้าหรือนอนหงายราบขาบนขาห้ง การควบคุมการเบ่งคลอด การประคองฝึย และการตัดฝึยในผู้คลอดที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก ผู้คลอดไม่ได้ใช้สัญชาตญาณ

สำหรับการคลอดที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล พยาบาลไม่มีบทบาทที่โดดเด่นในการส่งเสริมการคลอด เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ ความพึงพอใจในการคลอดบุตรด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ของมารดาและทารก

ช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เริ่มมีการศึกษาในประเทศไทยสำหรับเทคนิค และวิธีการสำหรับการคลอดมากขึ้น ได้แก่ ผลของวิธีเบ่งแบบควบคุมกับวิธีเบ่งแบบธรรมชาติต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดฝีเย็บในระยะหลังคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด (มณีวรรณ ชูระชัย และคณะ, 2552) ผลของการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการน็อกขาของฝีเย็บในผู้คลอดครรภ์แรก (สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนีย์ พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2555) การบาดเจ็บของฝีเย็บในระยะคลอด (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2555) เทคนิคการประคองฝีเย็บในขณะที่ทำคลอดศีรษะทารก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (สินีนานู หงส์ระนัย, 2559) การเห็นความสำคัญ การผลักดัน และพัฒนาให้เกิด การคลอดตามวิถีธรรมชาติ และหรือการคลอดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนในการดูแลคลอดให้มีประโยชน์สูงสุดลดภาวะแทรกซ้อนจากการน็อกขาของฝีเย็บ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องคลอดที่ตระหนักถึงบทบาท และหน้าที่ของพยาบาล ผดุงครรภ์ผลกระทบจากการบาดเจ็บของฝีเย็บ ดังนั้นจึงได้พัฒนาโปรแกรมป้องกันการน็อกขาของฝีเย็บขึ้นมา โดยผสมผสานกิจกรรมพยาบาลขณะคลอด ประกอบด้วย การจัดทำคลอดให้ผ่อนคลาย การเบ่งคลอดเอง การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บร่วมกับการไม่ตัดฝีเย็บเปรียบเทียบกับผู้คลอดที่ได้รับการดูแลฝีเย็บเป็นปกติ คือ การจัดทำคลอดนอนหงายราบ ชันเข้า การควบคุมการเบ่งคลอด การใช้มือประคองฝีเย็บร่วมกับการตัดฝีเย็บ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีการบาดเจ็บและความปวดของฝีเย็บลดลง เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลห้องคลอดในการนำไปประยุกต์ใช้



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีแบบแผนการศึกษาเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two groups Posttest only design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝึยเชื่อมต่อระดับการฝึกขาดและความปวดของฝึยจากการคลอด โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี  
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ระหว่างกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 60 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุ 18-34 ปี  
2. ตั้งครรภ์เดี่ยว คลอดครั้งที่ 1 หรือ 2 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไทรอยด์ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด

3. ทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ ทำท้ายทอยอยู่ด้านหน้า (Occiput anterior) คาดคะเนน้ำหนัก 2,500-3,500 กรัม โดยคำนวณด้วยสูตรของ Johnson (1957) ดังนี้

$$\text{น้ำหนักของทารกในครรภ์} = (\text{ความสูงของระดับยอดมดลูก(เซนติเมตร)} - n) \times 155$$

$n = 11$  กรณีที่ศีรษะทารกยังไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน

$n = 12$  กรณีที่ศีรษะทารกเข้าสู่อุ้งเชิงกรานแล้ว

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนในระยะที่ 2 ของการคลอด ได้แก่ ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานเกินกว่า 2 ชั่วโมง ในผู้คลอดครรภ์แรก และ 1 ชั่วโมงในผู้คลอดครรภ์หลัง มีภาวะสายสะดือช้อย รกค้าง ตกเลือดหลังคลอด ช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ คีมช่วยคลอด และการผ่าตัดคลอด

2. ทารกที่คลอดออกมามีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมากกว่า 3,500 กรัม  
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณหาอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดของอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลาง ลดการเกิด Type I และ Type II Error (Burn & Grove, 2005)

และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตาราง Statistic power table (Burn & Grove, 2005) แบบทดสอบ One-tailed test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย กลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ตรงตามที่กำหนด
2. จัดกลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม
3. จัดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย หลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matching) กับกลุ่มควบคุม ในด้านจำนวนครั้งของการคลอด ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการศึกษา และความปวดของฝีเย็บ เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล รายละเอียด ดังนี้
  - 1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้
    - 1.1.1 ขั้นเตรียมการ (ในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด) เป็นขั้นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการปฏิบัติ และความร่วมมือ ในการป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการฉีกขาดของฝีเย็บ จากการคลอด การป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ สาธิตและสาธิตย้อนกลับการจัดท่าคลอดนอน ตะแคง และการเบ่งคลอดด้วยตนเอง
    - 1.1.2 ขั้นดำเนินการ (ในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด) เป็นขั้นที่ผู้วิจัยช่วยให้ฝีเย็บของผู้คลอดได้รับบาดเจ็บน้อยที่สุด ประกอบด้วย การจัดให้คลอดในท่านอนตะแคง การให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเอง การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ และการไม่ตัดฝีเย็บ
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
    - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ข้อมูลการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ ระดับยอดมดลูก จำนวนครั้ง การคลอด ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการฝึกหัดของฝีเย็บ เป็นแบบประเมินที่แบ่งระดับการฝึกหัดของฝีเย็บตามแบบของ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. การฝึกหัดระดับที่ 1 การฝึกหัดเฉพาะเย็บช่องคลอดหรือชั้นผิวหนังของฝีเย็บเท่านั้น
2. การฝึกหัดระดับที่ 2 การฝึกหัดของผนังช่องคลอดทางด้านหลัง ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ร่วมกับการฝึกหัดของกล้ามเนื้อฝีเย็บ และกล้ามเนื้อช่องคลอด
3. การฝึกหัดระดับที่ 3 การฝึกหัดระดับที่สองร่วมกับการฝึกหัดบางส่วนหรือทั้งหมดของกล้ามเนื้อหูรูดและผนังก้นทวารหนัก
4. การฝึกหัดระดับที่ 4 การฝึกหัดของหูรูดทวารหนักทั้งด้านนอกและด้านใน รวมไปถึงเย็บอุทวารหนัก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวดของฝีเย็บ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวดที่เป็นแบบเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีตัวเลขกำกับ (Visual analogue scale) โดยซ้ายสุดจะเขียนว่าไม่ปวด และขวาสุดเขียนว่าปวดมากที่สุด แล้วนำค่าที่วัดได้เป็นเซนติเมตรมาแทนค่าคะแนนความปวด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลมารดา และทารก (Advanced practice nurse) จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุม และความถูกต้องของเนื้อหา เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฯ ให้เหมาะสม

#### การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบประเมินการฝึกหัดของฝีเย็บ และแบบประเมินระดับความเจ็บปวด เนื่องจากแบบประเมินทั้งสองนี้ มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นเครื่องมือมาตรฐาน จึงไม่ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. นำหนังสือเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่จะทำวิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย
3. หลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็มีสิทธิ์ในการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการพยาบาล หรือการรักษาที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form)

## การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ในระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้วิจัยเตรียมผู้คลอดตามการดูแลฝึบเป็นกิจวัตร โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นประจำในระยะที่ 2 ของการคลอด โดยเมื่อปากมดลูกเปิดหมด จะได้รับการจัดทำให้คลอดในท่านอนหงายราบ ชันเข้า ให้ความรู้การเบ่งคลอด (ลักษณะการเบ่งเป็นแบบปิดช่องทางลมหายใจ โดยกลั้นลมหายใจแล้วเบ่งลงก้น ยกค้างซิดอก เบ่งให้นานที่สุด/ ครึ่ง) เมื่อศีรษะทารกกำลังจะโผล่พ้นช่องคลอด ผู้วิจัยจะตัดฝึบฝึบและใช้มือประคองฝึบฝึบ รวมทั้งให้ผู้คลอดฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดทำคลอดหงายราบ ชันเข้า และการควบคุมการเบ่งคลอด
3. ในระยะที่ 2 ของการคลอด เมื่อปากมดลูกเปิดหมด ศีรษะของทารกเคลื่อนต่ำกว่า Ischial spines 1 เซนติเมตร ผู้วิจัยจัดให้ผู้คลอดคลอดในท่านอนหงายราบ ชันเข้า เมื่อมดลูก

หดรัดตัว และผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง กระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบปิดช่องทางลมหายใจ โดยการกลั้นลมหายใจ แล้วเบ่งลงก้น ยกขางัดออก เบ่งให้นานที่สุด/ ครั้ง เมื่อศีรษะทารกเริ่มตุงปากช่องคลอดเพิ่มเรื่อย ๆ ฝีเย็บบางใส เป็นมัน ผู้วิจัยจึงทำการตัดฝีเย็บ แล้วใช้มือข้างที่ถนัดประคองฝีเย็บ ส่วนมืออีกข้างหนึ่งกดที่ศีรษะทารก เพื่อควบคุมการเบ่งของศีรษะทารกไม่ให้เร็วจนเกินไป เมื่อศีรษะทารกคลอดพ้นปากช่องคลอดแล้ว จึงช่วยคลอดทารกตามกลไกการคลอดต่อไป

4. เมื่อทารกคลอดแล้ว ผู้วิจัยและพยาบาลประจำการที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี ร่วมกันประเมินระดับการนิทนาดของฝีเย็บพร้อมลงบันทึก ถ้าความเห็นไม่ตรงกัน ให้หาข้อสรุปร่วมกันตามหลักเหตุผล หลังจากนั้นผู้วิจัยเย็บแผลฝีเย็บให้กับผู้คลอด

5. ภายหลังจากคลอดที่ 24 ชั่วโมง ให้ผู้ร่วมการวิจัยประเมินความปวดของฝีเย็บของผู้คลอดด้วยแบบประเมินความปวดของฝีเย็บ

#### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบาย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิ ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้ตามสิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

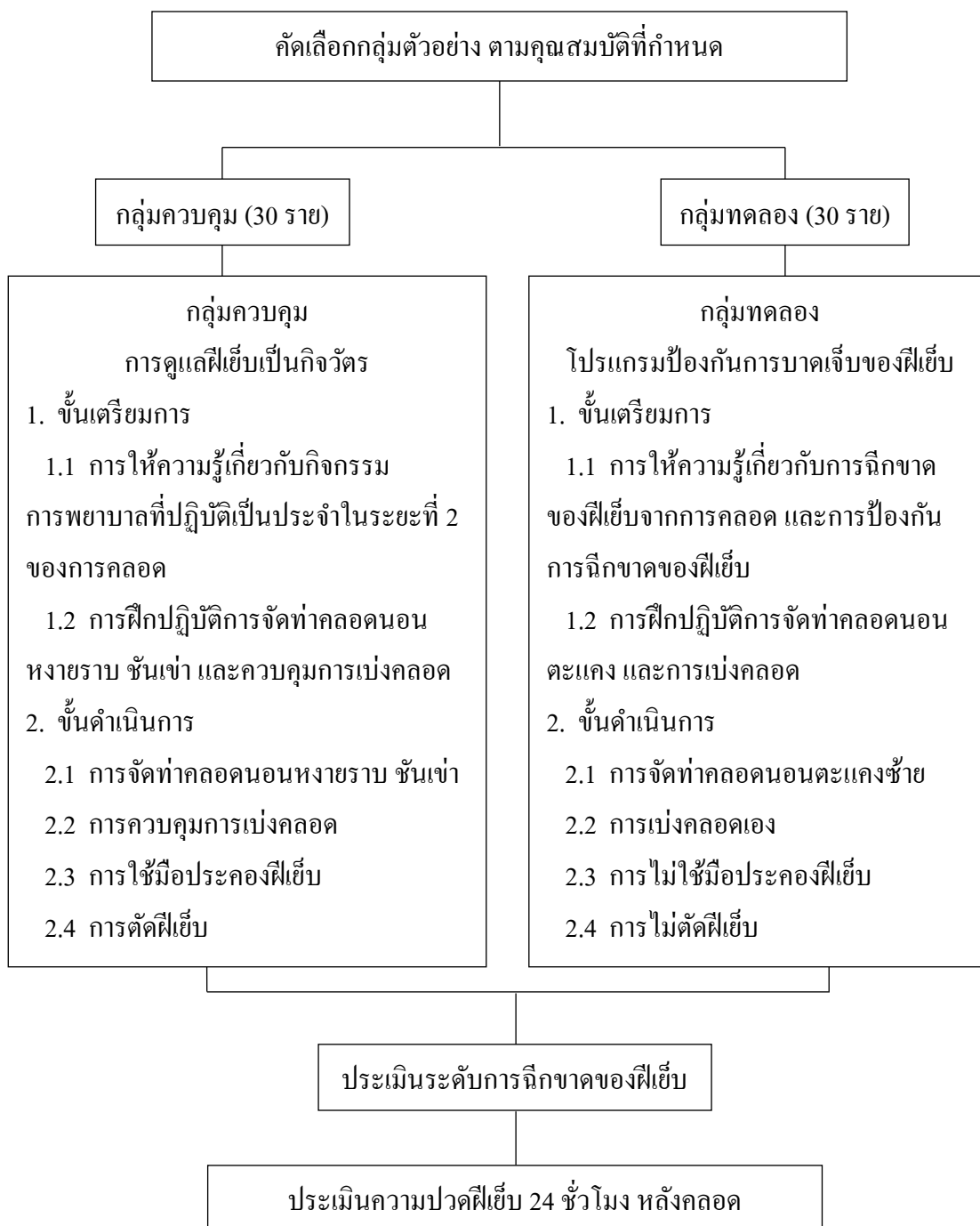
2. ในระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้วิจัยเตรียมผู้คลอดตามโปรแกรมการป้องกันการเจ็บของฝีเย็บ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการนิทนาดของฝีเย็บจากการคลอด การป้องกันการนิทนาดของฝีเย็บ โดยเมื่อปากมดลูกเปิดหมด จะได้รับการจัดท่าให้คลอดในท่านอนตะแคง เมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งคลอดให้ควบคุมการเบ่งคลอดเอง (ลักษณะการเบ่งเป็นแบบปิดช่องทางลมหายใจ และปล่อยลมออกจากปากขณะเบ่ง ใช้เวลา 4-6 วินาที/ ครั้ง และเบ่ง 3-5 ครั้ง/ การหดรัดตัวของมดลูก) เพื่อให้ช่องทางคลอดค่อย ๆ ยืดขยาย เมื่อศีรษะทารกกำลังจะโผล่พ้นช่องคลอด ผู้วิจัยจะไม่ตัดฝีเย็บและไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ เพื่อลดการบาดเจ็บและแรงดันต่อฝีเย็บ รวมทั้งให้ผู้คลอดฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดท่าคลอดนอนตะแคง และการเบ่งคลอดเอง

3. ในระยะที่ 2 ของการคลอด เมื่อปากมดลูกเปิดหมด ศีรษะของทารกเคลื่อนต่ำกว่า Ischial spines 1 เซนติเมตร ผู้วิจัยจัดให้ผู้คลอดคลอดในท่านอนตะแคง ขณะเบ่งให้ใช้มือบนจับที่หัวเข่าบน โน้มตัวไปข้างหน้า เพื่อให้ช่องทางออกกว้างขึ้น เมื่อมดลูกหดรัดตัว และผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง ให้ผู้คลอดควบคุมการเบ่งคลอดเองแบบปิดช่องทางลมหายใจ โดยการหายใจ

และปล่อยลมออกทางปากขณะเบ่ง การเบ่งแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 4-6 วินาที/ ครั้ง และเบ่ง 3-5 ครั้ง/ การหดตัวของมดลูก อาจมีการออกเสียงร่วมด้วยก็ได้ เมื่อผู้คลอดเบ่งจนกระทั่งศีรษะทารกตุงที่ปากช่องคลอด ผู้วิจัยจะไม่ตัดฝีเย็บ และไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ ปล่อยให้ศีรษะทารกค่อยๆ คลอดพ้นช่องทางคลอดออกมา เมื่อศีรษะทารกคลอดพ้นปากช่องคลอดแล้ว จึงช่วยคลอดทารกตามกลไกการคลอดต่อไป

4. เมื่อทารกคลอดแล้ว ผู้วิจัยและพยาบาลประจำการที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี ร่วมกันประเมินระดับการนิทนาดของฝีเย็บพร้อมลงบันทึก ถ้าความเห็นไม่ตรงกัน ให้หาข้อสรุปร่วมกันตามหลักเหตุผล หลังจากนั้นผู้วิจัยเย็บแผลฝีเย็บให้กับผู้คลอด

5. ภายหลังจากคลอดที่ 24 ชั่วโมง ให้ผู้ร่วมการวิจัยประเมินความปวดของฝีเย็บของผู้คลอดด้วยแบบประเมินความปวดของฝีเย็บ รายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เครื่องประมวลผล และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความเชื่อมั่น

ในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดด้วยสถิติทดสอบ Chi-square ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และจำนวนครั้งการคลอด และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการคลอดด้วยสถิติทดสอบ Independent *t*-test ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง คชนิมมวลกาย อายุครรภ์ ระดับยอดมดลูก ระยะที่ 2 ของการคลอด และน้ำหนักรกแรกเกิด
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับการฝึกขาดของฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Chi-square
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความปวดของฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Independent *t*-test โดยผ่านเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และความแปรปรวนของข้อมูลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (Homogeneity of variance)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการฝึกหัดและความปวดของฝีเย็บจากการคลอดของผู้คลอดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ข้อมูลการฝึกหัดและความปวดฝีเย็บของผู้คลอด

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบระดับการฝึกหัดของฝีเย็บ และความปวดฝีเย็บระหว่างผู้คลอดกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการคลอด ข้อมูลการฝึกหัด และความปวดฝีเย็บของผู้คลอด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ข้อมูลการฝึกหัด และความปวดฝีเย็บของผู้คลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ( $n = 30$ )		กลุ่มทดลอง ( $n = 30$ )		สถิติที่ใช้	$p$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)	$M = 24.13, SD = 4.82$		$M = 24.97, SD = 4.55$		$t = .47$	.32
	Range 18-34		Range 18-34			
< 20	5	16.70	3	10.00		
20-30	20	66.70	22	73.30		
> 30	5	16.70	5	16.70		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ( <i>n</i> = 30)		กลุ่มทดลอง ( <i>n</i> = 30)		สถิติที่ใช้	<i>p</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา				$X^2 = 2.22$	.14	
ไม่ได้ศึกษา/ ป.6	10	33.33	5	16.67		
มัธยมศึกษา/ ปวช.	20	66.67	25	83.33		
อาชีพ					$X^2 = 1.20$	.27
แม่บ้าน/ ค้าขาย	22	73.33	18	60.00		
รับจ้าง	8	26.67	12	40.00		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	$M = 62.67, SD = 14.57$		$M = 63.87, SD = 9.17$		$t = .15$	.44
	Range 50-89		Range 50-89			
50-59	11	36.70	10	33.30		
60-69	10	33.30	11	36.70		
70-79	8	26.70	8	26.70		
>80	1	3.30	1	3.30		
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	$M = 157.73, SD = 5.65$		$M = 157, SD = 6.74$		$t = .19$	.42
	Range 145-174		Range 145-167			
145-154	9	30.00	8	26.70		
155-164	16	53.30	17	56.70		
165-174	5	16.70	5	16.70		
ดัชนีมวลกาย (ก.ก./ ม <sup>2</sup> )	$M = 25.81, SD = 3.39$		$M = 25.83, SD = 3.61$		$t = .52$	.84
	Range 19.43- 35.11		Range 20.39-33.32			
18.50-24.99	13	43.33	14	46.67		
25.00-29.99	15	50.00	13	43.33		
30.00-35.99	2	6.67	3	10.00		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 24.13 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 66.70) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. (ร้อยละ 66.67) ประกอบอาชีพ แม่บ้านหรือค้าขาย (ร้อยละ 73.33) มีน้ำหนักก่อนคลอดอยู่ระหว่าง 50-59 กิโลกรัม (ร้อยละ 36.7)

รองลงมา มีน้ำหนักก่อนคลอดอยู่ระหว่าง 60-69 กิโลกรัม (ร้อยละ 33.30) ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 155-164 เซนติเมตร (ร้อยละ 53.30) และมีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.00-29.99 ก.ก./ม<sup>2</sup> (ร้อยละ 50.00)

ผู้คลอดในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 24.97 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 73.30) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. (ร้อยละ 83.33) ประกอบอาชีพแม่บ้านหรือค้าขาย (ร้อยละ 60.00) มีน้ำหนักก่อนคลอดอยู่ระหว่าง 60-69 กิโลกรัม (ร้อยละ 36.70) รองลงมา มีน้ำหนักก่อนคลอดอยู่ระหว่าง 50-59 กิโลกรัม (ร้อยละ 33.30) ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 155-165 เซนติเมตร (ร้อยละ 60) และมีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-24.99 (ร้อยละ 46.67) รองลงมา 25.00-29.99 ก.ก./ม<sup>2</sup> (ร้อยละ 43.33)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent *t*-test ผลพบว่า อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับระดับการศึกษา และอาชีพระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square ผลพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด จำแนกตามจำนวนครั้งการคลอด อายุครรภ์ ระดับยอดมดลูก เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ( $n = 30$ )		กลุ่มทดลอง ( $n = 30$ )		สถิติที่ใช้	$p$
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งการคลอด					$X^2 = .001$	1
คลอดครั้งที่ 1	13	43.33	13	43.33		
คลอดครั้งที่ 2	17	56.67	17	56.67		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	$M = 38.90, SD = .99$		$M = 39.10, SD = 1.13$		$t = 1.06$	.29
	Range 37-41		Range 37-41			
37-39 <sup>+6</sup>	17	56.70	21	70.00		
40-42	13	42.30	9	30.00		

ตารางที่ 2 ข้อมูลการคลอด จำแนกตามจำนวนครั้งการคลอด อายุครรภ์ ระดับขดมดลูก เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ( <i>n</i> = 30)		กลุ่มทดลอง ( <i>n</i> = 30)		สถิติที่ใช้	<i>p</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับขดมดลูก (เซนติเมตร)	<i>M</i> = 30.73, <i>SD</i> = 1.95 Range 28-34		<i>M</i> = 29.80, <i>SD</i> = 1.85 Range 28-34		<i>t</i> = 1.91	.06
เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด (นาที)	<i>M</i> = 17.63, <i>SD</i> = 14.11 Range 5-54		<i>M</i> = 19.57, <i>SD</i> = 12.78 Range 4-51		<i>t</i> = .56	.58
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	<i>M</i> = 2,993.83, <i>SD</i> = 227.88 Range 2,538-3,490		<i>M</i> = 3,036.30, <i>SD</i> = 298.43 Range 2,560-3,386		<i>t</i> = 0	.50
2,501-3,000	17	56.70	17	56.70		
3,001-3,500	13	43.30	13	43.30		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีจำนวนครั้งการคลอด ครั้งที่ 1 และ 2 จำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นการคลอดครั้งที่ 2 (ร้อยละ 56.67) กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอายุครรภ์เฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 38.90 สัปดาห์ (*SD* = .99) และ 39.10 สัปดาห์ (*SD* = 1.13) ส่วนใหญ่อายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-39<sup>+</sup> สัปดาห์ (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.70, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 70.00) ค่าเฉลี่ยของระดับขดมดลูกในกลุ่มควบคุม 30.73 เซนติเมตร (*SD* = 1.95) และในกลุ่มทดลอง 29.80 เซนติเมตร (*SD* = 1.85) ค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดในกลุ่มควบคุมน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยระยะที่ 2 ของการคลอดกลุ่มควบคุม 17.63 นาที (*SD* = 14.11) ส่วนในกลุ่มทดลอง 19.57 นาที (*SD* = 12.78) น้ำหนักทารกแรกเกิดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 2,993.83 กรัม (*SD* = 227.88) และ 3,036.30 กรัม (*SD* = 298.43) พบว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองคลอดทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มีน้ำหนักพอ ๆ กันอยู่ในช่วง 2,501-3,000 กรัม (ร้อยละ 56.70)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับอายุครรภ์ ระดับขดมดลูก ระยะที่ 2 ของการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent *t*-test ผลพบว่า อายุครรภ์ ระดับขดมดลูก เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* > .05) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนครั้งการคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square ผลพบว่า จำนวนครั้งการคลอดในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ตารางที่ 3 ข้อมูลการนิกษาด และคะแนนความปวดฝีเย็บของผู้คลอด

การนิกษาด	กลุ่มควบคุม ( $n = 30$ )		กลุ่มทดลอง ( $n = 30$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดการตัดฝีเย็บ				
Mediolateral	30	100	-	-
ระดับการนิกษาดของฝีเย็บ				
0 (ไม่นิกษาด)	0	0.00	7	23.33
1	0	0.00	7	23.33
2	28	93.33	16	53.33
3	2	6.67	0	0.00
ลักษณะการนิกษาดเพิ่มของช่องทางคลอด				
Labia				
	0		6	
Vagina wall				
	0		2	
Clitoris				
	0		1	
คะแนนความปวดฝีเย็บ				
	$M = 3.35, SD = 1.87$		$M = 2.72, SD = 1.84$	
	Range 0-8		Range 0-7	
0	2	6.67	4	13.33
1-3	19	63.33	15	50.00
4-6	8	26.67	9	30.00
7-10	1	3.33	2	6.67

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มควบคุม มีการนิกษาดของฝีเย็บอยู่ในช่วงระดับที่ 2 - ระดับที่ 3 เนื่องจากได้รับการตัดฝีเย็บแบบ Mediolateral ทุกราย ผู้คลอดส่วนใหญ่ มีการนิกษาดของฝีเย็บในระดับที่ 2 (ร้อยละ 93.33) ส่วนคะแนนความปวดฝีเย็บ พบว่า มีค่าเฉลี่ย

คะแนนความปวดฝีเย็บ = 3.35 ส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดฝีเย็บอยู่ในช่วง 4-6 (ร้อยละ 46.67) รองลงมา มีคะแนนความปวดฝีเย็บอยู่ในช่วง 1-3 (ร้อยละ 43.33)

ผู้คลอดในกลุ่มทดลอง มีการนิกษาคของฝีเย็บอยู่ในช่วงระดับ 0 (ไม่นิกษาค)-ระดับที่ 2 ส่วนใหญ่มีการนิกษาคของฝีเย็บในระดับที่ 2 (ร้อยละ 53.33) รองลงมา มีการนิกษาคในระดับ 0 (ไม่นิกษาค) (ร้อยละ 23.33) ซึ่งเท่ากับฝีเย็บนิกษาคระดับที่ 1 (ร้อยละ 23.33) นอกจากนี้ยังพบการนิกษาคเพิ่มของช่องทางการคลอด ได้แก่ นิกษาคที่ Labia (ร้อยละ 20.00) นิกษาคที่ Vagina wall (ร้อยละ 6.67) และนิกษาคที่ Clitoris (ร้อยละ 3.33) ส่วนคะแนนความปวดฝีเย็บ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดฝีเย็บ = 2.72 ส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดฝีเย็บอยู่ในช่วง 1-3 (ร้อยละ 50.00) รองลงมา มีคะแนนความปวดฝีเย็บอยู่ในช่วง 4-6 (ร้อยละ 30.00)

## ตอนที่ 2 เปรียบเทียบระดับการนิกษาคของฝีเย็บ และความปวดฝีเย็บระหว่างผู้คลอด กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

1. เปรียบเทียบระดับการนิกษาคของฝีเย็บระหว่างผู้คลอดกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบระดับการนิกษาคของฝีเย็บของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square ผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับการนิกษาคของฝีเย็บของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Chi-square

ระดับการนิกษาค ของฝีเย็บ	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		$X^2$	df	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
นิกษาคระดับ 0-1	0	0.00	15	50	20.00	1	< .001
นิกษาคระดับ 2-3	30	100	15	50			

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการนิกษาคของฝีเย็บของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Chi-square ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับการนิกษาคของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 20.00, df = 1, p < .001$ )

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดฝีเย็บระหว่างผู้คลอดกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความปวดฝีเย็บของผู้คลอดกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ความแปรปรวนของข้อมูลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของการใช้สถิติทดสอบ Independent  $t$ -test จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดฝีเย็บระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบ Independent  $t$ -test ผลการทดสอบดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดฝีเย็บของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Independent  $t$ -test

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean difference	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
กลุ่มควบคุม	30	3.35	1.87	.27	1.32	58	.10
กลุ่มทดลอง	30	2.72	1.84				

จากตารางที่ 5 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดฝีเย็บของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ แบบอิสระต่อกัน (Independent  $t$ -test) พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{58} = 1.32, p > .05$ )

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบแผนการศึกษาเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two groups Posttest only design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อการนิกษาคและความปวดของฝีเย็บจากการคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่ม ทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลฝีเย็บเป็นกิจวัตร ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และคลอด แบบประเมินระดับการนิกษาคของฝีเย็บ แบบประเมินความปวดของฝีเย็บ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย เปรียบเทียบระดับการนิกษาคของฝีเย็บของผู้คลอดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Chi-square และเปรียบเทียบคะแนนความปวดฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Independent *t*-test

### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.13 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 66.70) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. (ร้อยละ 66.67) ประกอบอาชีพแม่บ้านหรือค้าขาย (ร้อยละ 73.33) มีน้ำหนักก่อนคลอดอยู่ระหว่าง 50-59 กิโลกรัม (ร้อยละ 36.70) รองลงมา คือ มีน้ำหนักก่อนคลอดอยู่ระหว่าง 60-69 กิโลกรัม (ร้อยละ 33.30) ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 155-164 เซนติเมตร (ร้อยละ 53.30) และมีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.00-29.99 ก.ก./ม<sup>2</sup> (ร้อยละ 50.00) ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 24.97 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 73.30) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. (ร้อยละ 83.33) ประกอบอาชีพแม่บ้านหรือค้าขาย (ร้อยละ 60.00) มีน้ำหนักก่อนคลอดอยู่ระหว่าง 60-69 กิโลกรัม (ร้อยละ 36.70) รองลงมา คือ มีน้ำหนักก่อนคลอดอยู่ระหว่าง 50-59 กิโลกรัม (ร้อยละ 33.30) ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 155-164 เซนติเมตร (ร้อยละ 56.70) และมีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.50-24.99 (ร้อยละ 46.67) รองลงมา 25.00-29.99 ก.ก./ม<sup>2</sup> (ร้อยละ 43.33)



2. ผู้คลอดในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีจำนวนครั้งการคลอดครั้งที่ 1 และ 2 จำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นการคลอดครั้งที่ 2 (ร้อยละ 56.67) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอายุครรภ์เฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 38.90 สัปดาห์ และ 39.10 สัปดาห์ ส่วนใหญ่อายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-39<sup>+</sup>6 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยของระดับขดมดลูกในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใกล้เคียงกัน คือ 30.73 เซนติเมตร และ 29.80 เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดในกลุ่มควบคุม น้อยกว่ากลุ่มทดลอง คือ 17.63 นาที และ 19.57 นาที น้ำหนักทารกแรกเกิดในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 2,993.83 กรัม และ 3,036.30 กรัม พบว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองคลอดทารกแรกเกิดส่วนใหญ่มีน้ำหนักพอ ๆ กันอยู่ในช่วง 2,501-3,000 กรัม (ร้อยละ 56.70)

3. ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมทุกคนได้รับการตัดฝีเย็บแบบ Mediolateral มีระดับการหนีกขาดของฝีเย็บอยู่ในช่วงระดับที่ 2-ระดับที่ 3 ส่วนใหญ่มีการหนีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 2 (ร้อยละ 93.33) ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลอง มีระดับการหนีกขาดของฝีเย็บอยู่ในช่วงระดับ 0 (ไม่หนีกขาด)-ระดับที่ 2 ส่วนใหญ่มีการหนีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 2 (ร้อยละ 53.3) ส่วนคะแนนความปวดฝีเย็บนั้น ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดฝีเย็บ = 3.35 ส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดฝีเย็บอยู่ในช่วง 4-6 (ร้อยละ 46.67) รองลงมา คือ มีคะแนนความปวดฝีเย็บอยู่ในช่วง 1-3 (ร้อยละ 43.33) ส่วนผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดฝีเย็บ = 2.72 ส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดฝีเย็บอยู่ในช่วง 1-3 (ร้อยละ 50.00) รองลงมามีคะแนนความปวดฝีเย็บอยู่ในช่วง 4-6 (ร้อยละ 30.00)

4. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการหนีกขาดของฝีเย็บ มีระดับการหนีกขาดของฝีเย็บ น้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการดูแลฝีเย็บเป็นกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 20.00$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

5. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการหนีกขาดของฝีเย็บ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการดูแลฝีเย็บเป็นกิจวัตร อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{58} = 1.32$ ,  $p > .05$ ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. ระดับการหนีกขาดของฝีเย็บ พบว่าผู้คลอดกลุ่มทดลองมีระดับการหนีกขาดของฝีเย็บ น้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมการพยาบาล

ที่ผสมผสานในโปรแกรมป้องกันการฝึกขาของฟีเย็บมีส่วนช่วยให้ระดับการฝึกขาของฟีเย็บลดลง ประกอบด้วย

การทำท่าคลอคิให้นอนตะแคง เนื่องจากท่าคลอคินี้ ปลายกระดูกก้นกบไม่ถูกกดทับกับเตียง ทำให้ปลายของกระดูกก้นกบสามารถกางออก และเคลื่อนไปหาได้อย่างอิสระ จึงกางออกได้ง่ายเมื่อส่วนนำเคลื่อนผ่าน (Elvander et al., 2015; Keen et al., 2004) รวมทั้งท่าที่ไม่ได้อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลกในการเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ จึงมีแรงต้านต่อพื้นเชิงกรานน้อยกว่าท่าอื่น ๆ จึงทำให้ฟีเย็บฝึกขาน้อยกว่า ดังการศึกษาของ Soong and Barnes (2005) พบว่า ท่าคลอคินอนตะแคงมีการฝึกขาของฟีเย็บน้อยกว่าท่าคลอคิอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Meyvis et al. (2012) ที่รายงานว่า ท่าคลอคินอนตะแคง ลดการบาดเจ็บของฟีเย็บและลดการยืดซ่อมแซมฟีเย็บ และ Shorten et al. (2002) ที่พบว่า ท่าคลอคินอนตะแคงเป็นท่าที่ฟีเย็บไม่ฝึกขามากที่สุด (ร้อยละ 66.60)

การให้ผู้คลอคิเบ่งคลอคิเอง ซึ่งเป็นการเบ่งแบบเปิดช่องทางลมหายใจ จำนวนครั้ง และระยะเวลาของการเบ่งขึ้นกับความรู้สึกของผู้คลอคิ โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 4-6 วินาที/ ครั้ง อาจมีการออกเสียงร่วมด้วยก็ได้ แรงเบ่งจึงไม่รุนแรง ส่งผลให้ศีรษะทารถในครรภ์เคลื่อนออกมาอย่างช้า ๆ ฟีเย็บค่อย ๆ ยืดขยาย การดึงรั้งจึงไม่รุนแรง การชอกช้ำและการบาดเจ็บของฟีเย็บเกิดขึ้นน้อยกว่า การควบคุมการเบ่งคลอคิเป็นการเบ่งแบบปิดช่องทางลมหายใจ กลั้นลมเบ่งลงก้นให้นานที่สุด แรงเบ่งที่มากและนานจะดันให้ฟีเย็บยืดขยายอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการฝึกขาของฟีเย็บเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ Koyucu and Demirci (2017) พบว่า ผู้คลอคิที่ควบคุมการเบ่งคลอคิมีการฝึกขาของฟีเย็บในระดับที่ 2 มากกว่า และมีการฝึกขาเพิ่มของฟีเย็บ โดยเฉพาะการฝึกขาของฟีเย็บในระดับที่ 3 มากกว่าผู้คลอคิที่เบ่งคลอคิเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีวรรณ ชุระชัย และคณะ (2552) ที่พบว่า ผู้คลอคิที่ควบคุมการเบ่งคลอคิมีการฝึกขาของฟีเย็บในระดับที่ 3 มากกว่าผู้คลอคิที่เบ่งคลอคิเอง

การไม่ใช้มือประคองฟีเย็บ เป็นการไม่ใช้มือสัมผัสที่ฟีเย็บ และศีรษะทารถ ศีรษะทารถค่อย ๆ เยกพ้นปากช่องคลอด ทารถคลอคิไหล่และลำตัวออกมาเอง ซึ่งแตกต่างจากการใช้มือประคองฟีเย็บ เป็นการใช้มือกดที่ฟีเย็บ และอีกมือหนึ่งกดที่ศีรษะของทารถ เมื่อศีรษะทารถคลอคิช่วยหมุน ศีรษะ และท่าคลอคิไหล่ และรับลำตัวของทารถ (McCandish, 2001) เนื่องจากการประคองฟีเย็บ หากเกิดความไม่สมดุลระหว่างแรงในการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารถกับแรงต้านจากมือผู้ช่วยคลอคิที่กดศีรษะทารถ และแรงดันต่อเนื่องฟีเย็บ พบว่า ผู้คลอคิที่ได้รับการใช้มือประคองฟีเย็บมีการฝึกขาในระดับ 3 มากกว่าผู้คลอคิกลุ่มที่ได้รับการไม่ใช้มือประคองฟีเย็บ และผู้คลอคิที่ได้รับการใช้มือประคองฟีเย็บ มีระดับความปวดฟีเย็บหลังคลอคิมากกว่าผู้คลอคิ

ที่ไม่ได้รับการใช้มือประคองฟิเย็บ (สินีนาฏ หงส์ระนัย, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Petrocnik and Marshall (2015) ว่า กลุ่มผู้คลอดที่ไม่ได้รับการประคองฟิเย็บมีการฝึกขาดและความปวดฟิเย็บน้อยกว่า กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการประคองฟิเย็บ

การไม่ตัดฟิเย็บ ช่วยลดอุบัติการณ์การฝึกขาดของฟิเย็บในระดับรุนแรง ดังการศึกษาของ Dudding et al. (2008) เปรียบเทียบการฝึกขาดของฟิเย็บในผู้คลอดที่มีการตัดฟิเย็บเป็นกิจวัตร และกลุ่มผู้คลอดที่มีการจำกัดการตัดฟิเย็บ พบว่า การตัดฟิเย็บเป็นกิจวัตรเพิ่มความเสี่ยงในการบาดเจ็บของฟิเย็บที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มผู้คลอดที่มีการจำกัดการตัดฟิเย็บ โดยเฉพาะการตัดฟิเย็บแบบกึ่งกลาง (Baessler & Schuessler, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Eason et al. (2000) ที่ว่าการหลีกเลี่ยงการตัดฟิเย็บ ลดการบาดเจ็บของฟิเย็บ ส่วนรายงานการศึกษาของ Leeman et al. (2009) พบว่า การบาดเจ็บรุนแรงของฟิเย็บ ทำให้ความปวดของฟิเย็บอยู่ในระดับสูง และจำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาอาการปวด นอกจากนี้การฝึกขาดของฟิเย็บที่รุนแรงจะทำให้ผู้คลอดมีความปวดของฟิเย็บมากกว่าผู้คลอดที่มีการฝึกขาดของฟิเย็บเพียงเล็กน้อยมากกว่าการฝึกขาดของฟิเย็บในระดับที่ 3 และ 4 ทำให้ผู้คลอดมีความปวดฟิเย็บมากกว่าผู้คลอดที่มีการฝึกขาดของฟิเย็บในระดับที่ 1 และ 2 หรือฟิเย็บที่ไม่ฝึกขาด การหลีกเลี่ยงการตัดฟิเย็บเป็นกิจวัตรถ้าไม่จำเป็น ช่วยลดการปวดฟิเย็บหลังคลอด (Carroli & Mignini, 2009)

2. คะแนนเฉลี่ยความปวดฟิเย็บ พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดฟิเย็บไม่แตกต่างจากผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้คลอดบางรายอาจได้รับยาบรรเทาปวดฟิเย็บหลังคลอด จึงทำให้การรับรู้ความปวดฟิเย็บลดน้อยลง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนนี้ นอกจากนี้ ความปวดยังเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในอดีต และสภาพแวดล้อมในบริบทของแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ทำให้แต่ละคนมีการรับรู้ความ ปวด (Pain perception) ความทนต่อความปวด (Pain tolerance) และขีดความทนต่อความปวด (Pain threshold) แตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้คลอดที่ฟิเย็บได้รับบาดเจ็บจะมีความปวดฟิเย็บมากกว่าผู้คลอดที่ฟิเย็บไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือฟิเย็บได้รับบาดเจ็บในระดับที่รุนแรงน้อยกว่า ดังการศึกษาของ Macarthur and Macarthur (2004) ที่พบว่า การบาดเจ็บของฟิเย็บยิ่งมากเท่าไร ความปวดฟิเย็บจะมากขึ้นเท่านั้น ส่วนรายงานการศึกษาของ Leeman et al. (2009) พบว่า การบาดเจ็บรุนแรงของฟิเย็บทำให้ความปวดของฟิเย็บอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การฝึกขาดของฟิเย็บที่รุนแรงจะทำให้ผู้คลอดมีความปวดของฟิเย็บมากกว่าผู้คลอดที่มีการฝึกขาดของฟิเย็บเพียงเล็กน้อย ผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องนี้อาจเนื่องจากปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่ได้ควบคุม รวมทั้งความแตกต่างทางด้านประสบการณ์ส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมที่ต่างกันดังกล่าวข้างต้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ มีระดับการนึกขาดของฝีเย็บน้อยกว่า ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลฝีเย็บเป็นกิจวัตร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลห้องคลอดสามารถนำ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บไปประยุกต์ใช้ในระยที่ 2 ของการคลอด เพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีอัตราการนึกขาดของฝีเย็บลดลง
2. ด้านการศึกษาการพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บนี้ ไปสอดแทรกในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคหรือวิธีการป้องกันการนึกขาดของฝีเย็บจากการคลอด
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดนโยบายที่ช่วยลดการบาดเจ็บฝีเย็บของผู้คลอด โดยสนับสนุนให้พยาบาลห้องคลอดจำกัดการตัดฝีเย็บของผู้คลอด หรือตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็น รวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดการบาดเจ็บของฝีเย็บจากการคลอด ได้แก่ การจัดทำคลอดนอนตะแคง การให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเอง และการไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการบาดเจ็บของฝีเย็บหรือการนึกขาดของฝีเย็บ ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ กับผู้คลอดที่ได้รับการดูแลฝีเย็บที่เป็นกิจวัตร ได้แก่ ท่าคลอดต่าง ๆ ลำดับการคลอด น้ำหนักของทารกในครรภ์ ดัชนีมวลกายของผู้คลอด เป็นต้น
2. ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดอื่น ๆ ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับ โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บกับผู้คลอดที่ได้รับการดูแลฝีเย็บเป็นกิจวัตร ได้แก่ ปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด ระยะเวลาในการคลอด คะแนน APGAR ของทารกแรกเกิด เป็นต้น

## บรรณานุกรม

- ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ. (2551). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- เชียรชัย ชันฉัตร และธิดารัตน์ ชวงค์เหลือง. (2559). ภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดที่ได้รับการตัดหรือไม่ตัดฝีเย็บโรงพยาบาลกระบี่. *วารสารกรมการแพทย์*, 41(5), 108-112.
- นุสรุ ประเสริฐศรี. (2556). *คู่มือการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด*. อุบลราชธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ สถาบันบรมราชชนก.
- มณีวรรณ ยุระชัย, เอมพร รตินทร, เขาวลัักษณ์ เสรีเสถียร และนิตยา สิ้นสุกใส. (2552). ผลของวิธีแบ่งแบบควบคุมกับวิธีแบ่งแบบธรรมชาติต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดฝีเย็บในระยะหลังคลอดและความพึงพอใจต่อการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(3), 28-36.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นานมี บุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2555) การบาดเจ็บของฝีเย็บในระยะคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 129-134.
- สหทัย ไพบุลย์วรชาติ. (2549). *ความปวดและความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management*. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และซัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด (หน้า 29-55). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- สินีนานู หงส์ระนัย. (2559). เทคนิคการประคองฝีเย็บในขณะที่ทำคลอดศีรษะทารก: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3), 13-21.
- สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนีย์ พลอินทร์ และปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2555). ผลของการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครรภ์แรก. *สงขลานครินทร์วารสาร*, 30(4), 179-187.
- Albers, L. L., & Borders, N. (2007). Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vagina birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 246-253.
- Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33(2), 94-100.

- Almeida, N. A., De Sousa, J. T., Bachion, M. M., & Silveira, N. A. (2005). The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 52-8.
- Al-Zein, H. J., Jarrah, S., & Al-Jaghibir, M. (2013). The relationship between obstetric perineal trauma, risk factors and postpartum outcomes immediately after childbirth. *International Journal of Childbirth Education*, 28(4), 39-44.
- American college of nurse-midwives. (2012). *Midwifery: Evidence-based practice*. Suite; Silver Sping.
- Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A. H., & Jones, P. W. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-a prospective study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 137(2), 152-156.
- Baessler, K., & Schuessler, B. (2003). Childbirth- induced trauma to the urethral continence mechanism: Review and recommendations. *Urology*, 62(4), 39-44.
- Bick, D., & Bassett, S. (2013). How to provide postnatal perineal care. *Midwives*, 16(2), 34-35.
- Bloom, S. L., Casey, B. M., Schaffer, J. I., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 194(1), 10-13.
- Burn, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5<sup>th</sup> ed.). Missouri: Elsevier Saunders.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrance Database Systemic Reviews 2009*, Issue 1. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Cunningham, F. G., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics*. (22<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Dahlen, H. G., Ryan, M., Homer, C. S. E., & Cooke, M. (2007). An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*, 23(2), 196-203.
- Declercq, E., Cunningham, D. K., Johnson, C., & Sakala, C. (2008). Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: Results of a national survey. *Birth*, 35(1), 16-24.

- DiFranco, J. T., Romano, A. M., & Keen, R. (2007). Spontaneous pushing in upright or gravity-neutral positions. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 35-38.
- Dudding, T. C., Vaizey, C. J., & Kamm, M. A. (2008). Obstetric anal sphincter: Incidence, risk factors, and management. *Annals of Surgery*, 247(2), 237.
- Eason, E., Labrecque, M., Wells, G., & Feldman, P. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 95(3), 464-471.
- Ekeus, C., Nilsson, E., & Gottvall, K. (2008). Increasing incidence of anal sphincter tears among primiparas in Sweden: A population-based register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 87(5), 564-573.
- Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S., & Stephansson, O. (2015). Birth position and obstetric anal sphincter injury: A population-based study of 11300 spontaneous births. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*. 15, 252. doi:10.1186/s12884-015-0689-7.
- Fernando, R. J. (2007). Risk factor and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 17(8), 238-243.
- Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2009). *Myles' s Textbook for Midwives* (15<sup>th</sup> ed.). UK: Elsevier.
- Goldberg, R. P. (2007). Effects of Pregnancy and Childbirth on the Pelvic Floor. In P. Cullign, & R. P. Goldberg (Eds.), *Urogyneology in primary care* (pp. 21-33). Softcover: Springer.
- Gottvall, K., Allebeck, P., & Ekeus, C. (2007). Risk factor for anal sphincter tears: The importance of maternal positions at birth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(10), 1266-1272.
- Groutz, A., Hasson, J., Wengier, A., Gold, R., Skornick-Rapaport, A., Lessing, J. B., & Gordon, D. (2011). Third-and fourth-degree perineal tears: Prevalence and risk factors in the third millennium. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(4), 347.e1-e4.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anesthesia, *Cochrane Database Systemic Reviews*, Issue 5. doi:10.1002/14651858.CD002006.pub4.
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. doi:10.1002/14651858.CD002006.pub4.

- Gurol-Urganci, I., Cromwell, D. A., Edozien, L. C., Mahmood, T. A., Adams, E. J., Richmond, D. H., Templeton, A., & Van Der Meulen, J. H. (2013). Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: Time trends and risk factors. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *120*(12), 1516-1525.
- Johnson, R. W. (1957). Calculations in estimating fetal weight. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, *74*(4), 929.
- Karacam, Z., & Eroglu, K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of Advanced Nursing*, *43*(4), 384-394.
- Keen, R., Difranco, J., Amis, D., & Albers, L. (2004). 5:Non-Supine (e.g., Upright or Side-Lying) Positions for Birth. *The Journal of Perinatal Education*, *13*(2), 30-34.
- Lacross, A., Groff, M., & Smaldone, A. (2015). Obstetric anal sphinter injury and anal incontinence following vagina birth: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Midwifery & Women' s Health*, *60*(1), 37-47.
- Lai, M. L., Lin, K. C., Li, H. Y., Shey, K. S., & Gau, M. L. (2009). Effects of delayed pushing during the second stage of labor on postpartum fatigue and birth outcomes in nulliparous women. *The Journal of Nursing Research*, *17*(1), 62-71.
- Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R., & Pirhonen, J. (2008). Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstetrics & Gynecology*, *111*(5), 1053-1057.
- Lam, C. C., & Madonald, S. J. (2010). Comparison of pushing techniques used in the second stage of labor for their effect on maternal perception of fatigue in the early postpartum period among Chinese women. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery*, *10*(1), 13-21.
- Lam, K. W., Wang, H. S., & Pun, T. C. (2006). The practice of episiotomy in public hospital in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, *12*(2), 94-98.
- Larsson, P., Platz-Christensen, J., Bergman, B., & Wallstersson, G. (1991). Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Obstetrical & Gynecological Investigation*, *31*(4), 213-216.



- Leeman, L., Fullilove, A. M., Borders, N., Manocchio, R., Albers, L. L., & Rogers, R. G. (2009). Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: Association with severity of genital trauma, labor care and birth variables. *Birth, 36*(4), 283-288.
- Macarthur, A. J., & Macarthur, C. (2004). Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *American Journal Obstetrics and Gynecology, 191*(4), 1199-1204.
- McCandish, R. (2001). Perineal trauma: Prevention and treatment. *Journal of Midwifery & Women's health, 46*(6), 396-401.
- Meyvis, I., Van Rompaey, B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E., & Mistiaen, W. (2012). Maternal position and other variables: Effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth, 39*(2), 115-120.
- Mohamed, A. H. G. (2016). Risk factors for birth related perineal trauma among low risk parturient women and nursing implications. *Journal of Nursing and Health Science, 5*(1), 40-48.
- Nkwabong, E., Kouam, L., Orock, G., & Takang, W. (2013). Risk factors for perineal tears during delivery of singletons in cephalic presentation. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics, 17*(2), 31-34.
- O' Herlihy, C., & Kearney, R. (2006). Perineal repair and pelvic floor injury. In D. K. James, C. Weiner, P. J. Steer, & B. Gonik (Eds.), *High risk pregnancy: Management option* (3<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Saunders.
- Petersen, L., & Besuner, P. (1997). Pushing techniques during labor: Issues and controversies. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 26*(6), 719-726.
- Petrocnik, P., & Marshall, J. E. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery, 31*(2), 274-279.
- Prins, M., Boxem, J., Lucas, C., & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: A systemic review of randomized trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 118*(6), 662-670.

- Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow-up. *Birth*, 35(2), 98-106.
- Rathfisch, G., Dikencik, B. K., Kizikaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, A. I., & Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2640-2649.
- Refika, R. G., & Demirci, N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(5), 606-612.
- Rezaei, R., Saatsaz, S., Chan, Y. H., & Nia, H. S. (2014). A comparison of the “hands-off” and “hands-on” methods to reduce perineal lacerations: A randomised clinical trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64(6), 425-429.
- Rodriguez, A., Arenas, E. A., Osorio, A. L., Mendez, O., & Zuleta, J. J. (2008). Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third-or fourth-degree lacerations in nulliparous woman. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(3), 285e1-285e4.
- Rossi, M. A., & Lindell, S. G. (1986). Maternal positions and pushing techniques in a nonprescriptive environment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 5(3), 203-208.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2007). *Management of third and fourth degree perineal tears following vaginal delivery; RCOG guideline no. 29*. London: RCOG Press.
- Schaffer, J. I., Bloom, S. L., Casey, B. M., McIntire, D. D., Nihira, M. A., & Leveno, K. J. (2005). A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5), 1692-1696.
- Shahraki, A. D., Aram, S., Pourkabirian, S., Khodaei, S., & Choupannejad, S. (2011). A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy and routine episiotomy in primiparous vagina delivery. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(12), 1583-1589.

- Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29(1), 18-27.
- Simic, M., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A., & Stephansson, O. (2017). Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: Population-based study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*. doi:10.1186/s12884-017-1251-6
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2005). *The labor progress handbook* (2<sup>nd</sup> ed.). Malden, MA: Blackwell.
- Smith, L. A., Price, N., Simonite, V., & Burns, E. E. (2013). Incidence of and risk for perineal trauma: A prospective observational study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*. doi:10.1186/1471-2393-13-59
- Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal position at midwife- attended birth and perineal trauma: Is there an association?. *Birth*, 32(3), 164-169.
- Steen, M. (2008). Understanding perineal pain: Women' s descriptions. *British Journal of Midwifery*, 16(6), 383-393.
- Stremler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willan, A. R. (2005). Randomized controlled trial of Hands and Knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*, 32(4), 243-251.
- Terry, R. R., Westcott, J., O'Shea, L., & Kelly, F. (2006). Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106(4), 199-202.
- Waish, L. V. (2001). *Midwifery community-based care during the childbearing year*. Philadelphia: Saunders.
- Williams, A., Herron-Marx, S., & Knibb, R. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factor. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 549-561.
- Youssef, R., Ramalingam, U., Macleod, M., & Murphy, D. J. (2005). Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(7), 941-945.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝ่าเท้าต่อระดับการฝึกขาและความปวดของฝ่าเท้าจากการคลออด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 10-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพร แสงนวล

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ประเมินระดับการฝึกขาและความปวด หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝ่าเท้าเปรียบเทียบกับการดูแลคลออดตามปกติ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว คลอดครั้ง ที่ 1 หรือ 2 อายุ 18-34 ปี ส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ ระดับข้อมมดลูก 28-34 เซนติเมตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไทรอยด์ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และสื่อสารภาษาไทยได้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ได้แก่ นอนตะแคงซ้าย และเบ่งคลออดแบบเปิดปาก ไม่กั๊กนิ้วมือนิ้วเท้า โดยเบ่ง 3-5 ครั้ง ในแต่ละการหดตัวของมดลูก เมื่อปากมดลูกเปิดหมด และศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลง พร้อมในการเบ่งคลออดบุตร กิจกรรมทั้งหมดจะใช้เวลาประมาณครึ่งถึง 1 ชั่วโมง ดิฉันขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความปวดฝ่าเท้าหลังคลออด 24 ชั่วโมง การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ทำให้ท่านมีระดับการฝึกขา และความปวดของฝ่าเท้า น้อยลง ภายหลังจากคลออดจะทำให้ท่านสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำหน้าที่ในการดูแลบุตรได้แก่ การอุ้ม การให้นมบุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อม สะดวกขึ้น จากการไม่ฝึกขาหรือฝ่าเท้าฝึกขาเพียงเล็กน้อย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็น กระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสาร และล็อกกุญแจ ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด จะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร เรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสมาพร แสงนวล หมายเลขโทรศัพท์ 081-7823976 หรือที่ รองศาสตราจารย์พริยา ศุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-9362056

นางสมาพร แสงนวล

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการฉีกขาดและความปวดของฝีเย็บจากการคลอด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 10-12-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพร แสงนวล

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ประเมินระดับการฉีกขาดและความปวด หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการดูแลคลอดตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว คลอดครั้งที่ 1 หรือ 2 อายุ 18-34 ปี ส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ ระดับยอดมดลูก 28-34 เซนติเมตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไทรอยด์ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และสื่อสารภาษาไทยได้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความปวดฝีเย็บหลังคลอด 24 ชั่วโมง การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ทำให้ท่านได้รับการดูแลคลอดตามมาตรฐานของสถานบริการ ให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ทั้งนี้ เมื่อผลการวิจัยออกมาดี ผู้วิจัยจะนำไปใช้กับท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสาร และล็อกกุญแจ



ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสมพร แสงนวล หมายเลขโทรศัพท์ 081-7823976 หรือที่ รองศาสตราจารย์พริยา ศุภศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 089-9362056

นางสมพร แสงนวล

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบบันทึก.....

วัน/เดือน/ปี.....

( ) กลุ่มควบคุม ( ) กลุ่มทดลอง

## ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

### 1. ข้อมูลทั่วไป

อายุผู้คลอด.....ปี

อาชีพ.....

ระดับการศึกษา.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

### 2. ข้อมูลการคลอด

อายุครรภ์.....สัปดาห์

ระดับขดมดลูก.....เซนติเมตร

คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์..... กรัม

คลอดครั้งที่ ( ) หนึ่ง ( ) สอง

เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด ..... ชั่วโมง..... นาที

น้ำหนักของทารกแรกเกิด.....กรัม

เลขที่แบบบันทึก.....

วัน/เดือน/ปี.....

( ) กลุ่มควบคุม ( ) กลุ่มทดลอง

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ

## 1. การตัดฝีเย็บ

 ตัดฝีเย็บ ไม่ตัดฝีเย็บ Median Rt/ Lt Mediolateral

## 2. การฉีกขาดของฝีเย็บ

	Episiotomy	Non-Episiotomy
Intact perineum	-----	
Labia tear		
Vagina wall tear		
First degree tear		
Second degree tear		
Third degree tear		
Fourth degree tear		
Episiotomy plus 3 <sup>rd</sup> or 4 <sup>th</sup> degree tear		-----

เลขที่แบบบันทึก.....

วัน/เดือน/ปี.....

( ) กลุ่มควบคุม ( ) กลุ่มทดลอง

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวดของฝีเย็บ**

**คำชี้แจง** แบบประเมินความปวดของฝีเย็บนี้ ต้องการทราบระดับความรุนแรงของความปวดฝีเย็บ  
หลังคลอดของท่าน ขอให้ท่านทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกปวดเย็บ  
ของท่าน โดยปลายข้างซ้ายสุดของเส้นตรง หมายถึง ไม่ปวดเลย และปลายข้างขวาสุดของเส้นตรง  
หมายถึง ปวดมากที่สุด

ไม่ปวดเลย

---

ปวดมากที่สุด

## โปรแกรมการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ

### คำอธิบาย

โปรแกรมการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ พัฒนาขึ้นตามหลักการควบคุมความสมดุลของแรงในขณะที่ยี่ระยะทารกคลอด ได้แก่ แรงผลักดันทารก ประกอบด้วย แรงจากการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งของผู้คลอด กับแรงต้านทานจากช่องคลอด นั่นคือ การใช้เทคนิคที่ช่วยให้ยี่ระยะทารกค่อย ๆ เคลื่อนผ่านช่องทางคลอดออกมา และการช่วยให้ช่องทางคลอดค่อย ๆ ยืดขยาย เพื่อช่วยป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ

โปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 คือ

1. ขั้นเตรียมการ แบ่งเป็น 1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการฉีกขาดของฝีเย็บจากการคลอด และการป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ 1.2 การฝึกปฏิบัติการจัดท่าคลอดนอนตะแคง และการเบ่งคลอด ซึ่งขั้นตอนที่ 1 อยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด (ขณะรอคลอด) เป็นการเตรียมผู้คลอด เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตนในการป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ และขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นดำเนินการ อยู่ในระยะที่ 2 ของการคลอดเป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดหมดจนคลอดทารก เป็นการจัดการเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บ โดยการจัดท่าคลอดนอนตะแคง การเบ่งคลอดเอง การไม่ใช้มือประคองฝีเย็บ และการไม่ตัดฝีเย็บ

ขั้นตอนที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้วิจัย	กิจกรรมผู้คลอด
...	...	...	...	...

ภาคผนวก ค  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียวอิสระศ  
อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาล  
มารดา ทารก และการผดุงครรภ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ สิริอรุณรัตน์  
อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาล  
มารดา ทารก และการผดุงครรภ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร. ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาล  
มารดา ทารก และการผดุงครรภ์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
4. นางสาวกิตติพร กางการ  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง  
โรงพยาบาลชัยภูมิ
5. นางสาวจุฑารัตน์ เกิดเจริญ  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง  
โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา



ภาคผนวก ง  
แบบรายงานพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บของฝีเย็บต่อระดับการฉีกขาดและความปวดฝีเย็บจากการคลอด

The Effects of Perineal Trauma Protection Program on Degree of Perineal Tear and Perineal Pain after Childbirth

ชื่อนิติ นามสมาพร แสงนวล

รหัสประจำตัวนิติ 54920305 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 10 - 12 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้คลอดที่พังก้างหอยผู้ป่วยหลังคลอด จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 60 ราย สถานที่เก็บ

รวบรวมข้อมูลคือ แผนกห้องคลอด และแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

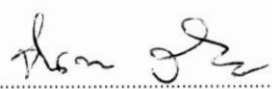
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา