Original Article

ผลของการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดปกติต่อการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครรภ์แรก@

สุรีย์พร กฤษเจริญ*
กัญจนี พลอินทร์
ปราณี พงศ์ไพบูลย์

The Effects of Natural Childbirth Versus Normal Labor on Perineal Tear of Primiparous Women.

Sureeporn Kritcharoen, Kanjanee Phon-In, Pranee Pongpaiboon
Department of Obstetric-Gynecologic Nursing and Midwifery,
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand.
*E-mail: sureeporn.k@psu.ac.th
Songkla Med J 2012;30(4):179-187

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ ระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติกับการดูแลการคลอดปกติ

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรก จำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติ 6 ด้าน คือ 1) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม 2) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม 3) การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น 4) หลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ 5) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา และ 6) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลการคลอดปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที ไคสแควร์ และแมนวิทย์นี ยู

@ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2553
ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
รับต้นฉบับวันที่ 26 มีนาคม 2555 รับลงตีพิมพ์วันที่ 21 มิถุนายน 2555

ผลการศึกษา: ผู้คลอดในกลุ่มทดลองไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บร้อยละ 27.50 มีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 1 ร้อยละ 32.50 และมีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 2 ร้อยละ 40.00 ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 2 ร้อยละ 100 และผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=5.73$ $p<0.001$)

สรุป: ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติมีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การคลอดปกติ, การคลอดวิถีธรรมชาติ, การฉีกขาดของฝีเย็บ, ผู้คลอดครรภ์แรก

Abstract:

Objective: This quasi-experimental research aimed to compare the proportion of perineal tear of primiparous women who had a natural childbirth and those who had a normal delivery.

Materials and methods: The subjects were 80 primiparous women. They were divided into two groups: 40 in an experimental group and 40 in a control group. The experimental group received natural childbirth program in 6 aspects: 1) humanized health care, 2) psychosocial and emotional support, 3) avoiding routine interventions, 4) not disturbing the natural process of birth, 5) use of non-pharmacological pain relief methods, and 6) strong promotion of the natural process of birth. A questionnaire regarding the perineal tear, was used to collect the data. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, chi-square test, and the Mann-Whitney U test.

Results: It was found that 27.50% of women in experimental group had no perineal tear, 32.50% and 40.00% had a first and second degree tear respectively. All of the women in the control group had an episiotomy and had a second degree perineal tear. The proportion of perineal tear among of women in the experimental group was significantly less than among women in the control group ($z=5.73$, $p<0.001$).

Conclusion: The primiparous women who had a natural childbirth without an episiotomy had the proportion of perineal tear significantly less than women in the control group with routine episiotomy.

Key words: natural childbirth, normal labor, perineal tear, primiparous women

บทนำ

การดูแลการคลอดปกติเป็นการดูแลการคลอดที่มีการตัดฝีเย็บให้กับผู้คลอดครรภ์แรกแบบกิจวัตร แต่การตัดฝีเย็บแบบกิจวัตรเป็นการกระทำที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับผลดีและผลเสีย[1] ผลการศึกษาที่มีการสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพบว่า การตัดฝีเย็บแบบกิจวัตร เป็นการกระทำที่ไม่ควรปฏิบัติ เพราะเป็นกิจกรรมที่ไม่มีประโยชน์ต่อผู้คลอดและทารก เกิดผลเสียคือ ต้องเย็บซ่อมแซมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 7 วันหลังคลอด คือ เจ็บปวด ไม่สุขสบาย หรืออาจก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาว[2] สอดคล้องกับผลการศึกษาติดตามผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บในช่วงระยะเวลา 3 เดือนหลังคลอด

พบว่าผู้คลอดมีอาการเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บร้อยละ 96.4 ใน 1 วันหลังคลอด ร้อยละ 63 ใน 10 วันหลังคลอด ร้อยละ 25 ใน 40 วันหลังคลอด และร้อยละ 12 ใน 3 เดือนหลังคลอด และมีอาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ภายหลังคลอดใน 10 วัน 40 วัน และ 3 เดือน ร้อยละ 100 66 และ 31.2 ตามลำดับ[3] และจากการศึกษาติดตามในระยะ 2 ปีหลังคลอด พบว่าการตัดฝีเย็บขณะคลอด ทำให้ช่องคลอดแห้งและเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีปัญหาเพศสัมพันธ์[4]

องค์การอนามัยโลก[5] ได้จัดการตัดฝีเย็บอยู่ในกลุ่มการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตราย เพราะทำให้ผู้คลอดเสียเลือดมากขึ้น[6] การตัดฝีเย็บยังทำให้เกิดอัตราเสี่ยงต่อปัญหาการกลั้นอุจจาระมากกว่าการไม่ตัดฝีเย็บเกือบ 2 เท่า[7] นอกจากนี้การตัดฝีเย็บยังทำให้ผู้คลอดเจ็บตึงฝีเย็บ มีผลทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล่าช้า ดังการศึกษาที่พบว่า การเจ็บปวดแผลฝีเย็บเป็นปัจจัยทำนายการให้ทารกดูดนมแม่ช้าที่สำคัญที่สุด และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการส่งเสริมให้ผู้คลอดได้ให้นมแม่ได้เร็วโดยหลีกเลี่ยงการตัดฝีเย็บ[8] อีกทั้งไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่า การตัดฝีเย็บช่วยลดการบาดเจ็บของช่องทางคลอด ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ป้องกันการบาดเจ็บของทารก หรือลดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้[9] ดังนั้นควรทำการตัดฝีเย็บได้ไม่เกินร้อยละ 20 โดยมีเป้าหมายคือ ไม่ควรตัดฝีเย็บเกินร้อยละ 5[10]

การคลอดวิถีธรรมชาติเป็นการดูแลการคลอดที่ประกอบด้วยการดูแล 6 ด้าน คือ 1) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม ให้การดูแลโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้คลอดและบุคคลในครอบครัว 2) การดูแลด้านจิตใจอารมณ์และสังคม ให้การดูแลผู้คลอดแบบใกล้ชิด อนุญาตให้บุคคลในครอบครัว 1 คน เข้ามาอยู่กับผู้คลอด 3) การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น คือ ไม่ตัดฝีเย็บ 4) หลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ ให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ 5) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา และ 6) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ ให้ผู้คลอดคลอดในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง ไม่ให้ผู้คลอดคลอดในท่านอนหงายขาพาดบนขาหยั่ง[11,12] การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติมีส่วนช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บได้ดังนี้ คือ การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น การไม่ตัดฝีเย็บอาจทำให้การฉีกขาดของฝีเย็บน้อยลง[13] การดูแลด้านการหลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ โดยการให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ[14] และการใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ ด้วยการให้ผู้คลอดคลอดในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง ทำให้ฝีเย็บมีความยืดหยุ่นมากกว่า[15] และฉีกขาดน้อยกว่าผู้คลอดที่คลอดปกติในท่านอนหงายขาพาดบนขาหยั่ง[16]

แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติยังไม่เป็นที่นิยมในสังคมไทย[17] การดูแลการคลอดปกติส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมทางการแพทย์แบบเป็นกิจวัตร คือ ตัดฝีเย็บมากกว่าที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรก[18] ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบระดับการฉีกขาดของฝีเย็บในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ ตามโปรแกรมการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ 6 ด้าน กับผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอดปกติ เพื่อให้ได้ข้อมูลเปรียบเทียบเกี่ยวกับระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ทั้งต่อผู้คลอดและพยาบาลผู้ดูแลการคลอด และเป็นการสนับสนุนให้มีบริการคลอดวิถีธรรมชาติอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในพื้นที่ภาคใต้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบระดับการฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติกับผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอดปกติ

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดครรภ์แรก ตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาเรื่องผลการใช้ท่า PSU Locked-Upright ต่อระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด[19] ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด ในผู้คลอดท่า PSU Locked-Upright ซึ่งเป็นท่าลำตัวตั้งตรง คล้ายท่านั่งยอง กับท่านอนราบ ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.59-0.72 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางประมาณการกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Power 0.80 และที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ตามตารางของ Lipsey[20] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ดังนั้นเพื่อความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 40 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 40 ราย

เกณฑ์การรับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยมีดังนี้คือ 1) เป็นผู้คลอดครรภ์แรก 2) มีญาติอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาการคลอด 3) ไม่มีความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ เป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยขั้นตอนการคลอดวิถีธรรมชาติ ซึ่งครอบคลุมแนวทางการดูแลผู้คลอดแบบวิถีธรรมชาติ 6 ด้าน ของสุรีย์พร กฤษเจริญ และคณะ[11,12]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด และแบบบันทึกระดับการฉีกขาดของฝีเย็บที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อความเกี่ยวกับระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ วัดตามระดับความลึกของการฉีกขาด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้ คือ คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ คะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 1 คือ มีการฉีกขาดของผิวหนังบริเวณปากช่องคลอด เยื่อบุช่องคลอด และไขมันใต้ผิวหนังบริเวณปากช่องคลอด คะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 2 คือ มีการฉีกขาดระดับที่ 1 ร่วมกับการฉีกขาดของกล้ามเนื้อบริเวณปากช่องคลอด คะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 3 คือ มีการฉีกขาดระดับที่ 2 ร่วมกับการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก และคะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 4 คือ มีการฉีกขาดระดับที่ 3 ร่วมกับการฉีกขาดของเยื่อบุลำไส้ตรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหา นำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการคลอดวิถีธรรมชาติ ประกอบด้วยแพทย์และอาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อให้เนื้อหามีความถูกต้อง ครบถ้วน และชัดเจน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกับการศึกษาของสุรีย์พร กฤษเจริญ และคณะ[11,12] ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน มีเพียงข้อมูลด้านอายุที่แตกต่างกัน คือ ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.68$ $p<0.01$) ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดพบความแตกต่าง 2 ด้าน คือ ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีปริมาณการเสียเลือดน้อยกว่าและมีค่าคะแนนแอพการ์ของทารกในนาทีที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.46$ $p<0.001$ และ $t=4.01$ $p<0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าสถิติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง (n=80 ราย)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=40) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=40) จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ
อายุ (ปี)	$\bar{X}$=20.25 S.D.=3.43	$\bar{X}$=22.70 S.D.=4.64	t=2.68**
	Min=17 Max=31	Min=17 Max=35	
17-20	24 (60.00)	17 (42.50)	
21-25	12 (30.00)	11 (27.50)	
26-30	3 (7.50)	10 (25.00)	
31-35	1 (2.50)	2 (5.00)	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	$\bar{X}$=60.54 S.D.=9.14	$\bar{X}$=63.53 S.D.=9.21	$t=1.46^{ns}$
	Min=45 Max=80	Min=42 Max=80	
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	$\bar{X}$=157.01 S.D.=6.16	$\bar{X}$=157.32 S.D.=3.85	$t=0.27^{ns}$
	Min=146 Max=171	Min=150 Max=168	
ศาสนา			
พุทธ	33 (82.50)	32 (80.00)	$\chi^2=0.08^{ns}$
อิสลาม	7 (17.50)	8 (20.00)	
สถานภาพสมรส			
โสด	-	1 (2.50)	
คู่	38 (95.00)	38 (95.00)	
หย่า/แยก	2 (5.00)	1 (2.50)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	7 (17.50)	3 (7.50)	
มัธยมศึกษา	26 (65.00)	22 (55.00)	$\chi^2=5.33^{ns}$
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4 (10.00)	6 (15.00)	
ปริญญาตรี	3 (7.50)	9 (22.50)	
อาชีพ			
แม่บ้าน	24 (60.00)	22 (55.00)	
รับจ้าง	11 (27.50)	8 (20.00)	
ทำสวน/ทำนา	2 (5.00)	3 (7.50)	$\chi^2=3.96^{ns}$
ค้าขาย	2 (5.00)	3 (7.50)	
รับราชการ	-	3 (7.50)	
ธุรกิจส่วนตัว	1 (2.50)	1 (2.50)	
รายได้ของครอบครัว/เดือน (บาท)	$\bar{X}$=12,512.50 S.D.=11,694.56	$\bar{X}$=13,400.00 S.D.=10,638.10	$t=0.36^{ns}$
≤10,000	28 (70.00)	21 (52.50)	
10,001-20,000	8 (20.00)	15 (37.50)	
20,001-30,000	3 (7.50)	1 (2.50)	
30,001-40,000	-	1 (2.50)	
40,001-50,000	1 (2.50)	2 (5.00)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=40) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=40) จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ
อายุครรภ์ (วัน)	$\overline{X}$=274.52 S.D.=8.31	$\overline{X}$=274.35 S.D.=8.38	$t=0.09^{ns}$
	Min=259 Max=289	Min=259 Max=291	
ปริมาณการเสียเลือด (มิลลิลิตร)	$\overline{X}$=173.75 S.D.=49.34	$\overline{X}$=256.25 S.D.=49.60	$t=7.46^{***}$
	Min=100 Max=300	Min=200 Max=300	
น้ำหนักทารก (กรัม)	$\overline{X}$=2,996.00 S.D.=347.22	$\overline{X}$=3,072.25 S.D.=317.35	$t=1.03^{ns}$
	Min=2,400 Max=3,790	Min=2,470 Max=3,640	
คะแนนแอพการ์ของทารก			
นาทีที่ 1	$\overline{X}$=9.00 S.D.=0.23	$\overline{X}$=8.95 S.D.=0.22	$t=1.00^{ns}$
	Min=8 Max=10	Min=8 Max=9	
นาทีที่ 5	$\overline{X}$=9.95 S.D.=0.22	$\overline{X}$=9.57 S.D.=0.55	$t=4.01^{***}$
	Min=9 Max=10	Min=8 Max=10	
นาทีที่ 15	$\overline{X}$=9.98 S.D.=0.16	$\overline{X}$=10.00 S.D.=0.00	$t=1.00^{ns}$
	Min=9 Max=10	Min=10 Max=10	

$^{ns}p>0.05$ $^{**}p<0.01$ $^{***}p<0.001$

2. ระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ

ผลการวิจัยพบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลอง ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บร้อยละ 27.50 มีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 1 ร้อยละ 32.50 และมีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 2 ร้อยละ 40.00 ในขณะที่ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตร มีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 2 ร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับการฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างผู้คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=5.73$ $p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ (n=80 ราย)

การฉีกขาดของฝีเย็บ	กลุ่มทดลอง (n=40) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=40) จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ฉีกขาด	11 (27.50)	0
ฉีกขาดระดับที่ 1	13 (32.50)	0
ฉีกขาดระดับที่ 2	16 (40.00)	40 (100.00)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับการฉีกขาดของฝีเย็บระหว่างผู้คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=80 ราย)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean rank	z-value
กลุ่มทดลอง	40	28.50	5.73***
กลุ่มควบคุม	40	52.50	

***p<0.001

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน มีเพียงข้อมูลด้านอายุที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อายุที่ต่างกันของผู้คลอดในกลุ่มทดลองและผู้คลอดในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันไม่มากและเป็นอายุที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพราะได้มีการกำหนดอายุที่มีความเสี่ยงต่อการคลอด คือ อายุเท่ากับหรือน้อยกว่า 16 ปี และอายุมากกว่า 35 ปี เป็นเกณฑ์การไม่รับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ความแตกต่างด้านอายุจึงไม่มีผลต่อตัวแปรที่ศึกษา[11,12] ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองและผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดแตกต่างกัน 2 ด้าน คือ ปริมาณการเสียเลือดจากการคลอด คือ ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีปริมาณการเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าทำให้เสียเลือดน้อยกว่า[6] แต่ปริมาณการเสียเลือดจากการคลอดของผู้คลอดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ เสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดไม่เกิน 500 มิลลิลิตร[21] และค่าคะแนนแอพการ์ของทารกในนาทีที่ 5 พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนแอพการ์ของทารกในนาทีที่ 5 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ค่าคะแนนแอพการ์ของทารกในนาทีที่ 5 ของผู้คลอดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นค่าคะแนนแอพการ์ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีค่ามากกว่า 7 คะแนน[22] ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมได้รับการตัดฝีเย็บและมีฝีเย็บระดับ 2 ทุกราย ไม่พบการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 3 และ 4 เป็นเพราะพยาบาลผู้ทำคลอดตัดฝีเย็บแบบแนวเฉียงให้กับผู้คลอด และมีการควบคุมการฉีกขาดของฝีเย็บอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการตัดฝีเย็บแบบแนวกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลระดับที่ 3 และ 4 มากกว่าการตัดฝีเย็บแบบแนวเฉียงประมาณ 5.4 เท่า[13]

ผู้คลอดในกลุ่มทดลองไม่ได้รับการตัดฝีเย็บ ผู้คลอด ร้อยละ 27.50 ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ ร้อยละ 32.50 มีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 1 และร้อยละ 40.00 มีการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 2 และไม่พบการฉีกขาดของฝีเย็บในระดับที่ 3 และ 4 การที่ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติซึ่งไม่ตัดฝีเย็บแต่มีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งที่น้ำหนักทารกไม่มีความแตกต่างกัน คือ น้ำหนักทารกของผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2,996.00 กรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=347.22) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3,072.25 กรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=317.35) เป็นเพราะผู้คลอดในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลในระยะที่ 2 ของการคลอดวิถีธรรมชาติ 4 ด้าน คือ 1) การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น การไม่ตัดฝีเย็บทำให้ฝีเย็บฉีกขาดน้อยลง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของดิลก ลาภานันต์[13] ที่พบว่าผู้คลอดที่คลอดโดยไม่ได้รับการตัดฝีเย็บร้อยละ 28.5 ไม่มีบาดแผลจากการคลอด ร้อยละ 59.6 มีบาดแผลระดับที่ 1 ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 36.7 ไม่ต้องเย็บแผล 2) การหลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ ที่ให้การดูแลผู้คลอดโดยให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ คือ เบ่งคลอดตามความรู้สึกอยากเบ่งของตนเอง ไม่ให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบควบคุม คือ บอกให้ผู้คลอดเบ่งทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้เป็นประจำในห้องคลอด[23] การให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติมีผลทำให้การฉีกขาดของฝีเย็บลดลง เพราะ

การเบ่งคลอดแบบควบคุมอาจทำให้มีการฉีกขาดของฝีเย็บมากขึ้น[14] 3) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดทางช่องไขสันหลัง ทำให้ระยะเวลาการคลอดยาวนาน ผู้คลอดมีอัตราการคลอดโดยการใช้สูติศาสตร์หัตถการเพิ่มมากขึ้น[24] การทำสูติศาสตร์หัตถการมีความเสี่ยงต่อการฉีกขาดของฝีเย็บมากขึ้น และ 4) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ โดยให้ผู้คลอดได้คลอดในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง ได้แก่ ท่านอนศีรษะสูง นั่งยอง และคลานสี่ขา ไม่ให้ผู้คลอดคลอดในท่านอนหงายขาพาดบนขาหยั่ง การคลอดในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้งทำให้ฝีเย็บมีความยืดหยุ่นมากกว่า[15] และฉีกขาดน้อยกว่าผู้คลอดที่คลอดปกติในท่านอนหงายขาพาดบนขาหยั่ง[16] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้คลอดที่คลอดในท่านั่งยอง มีการฉีกขาดของฝีเย็บและการตัดฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่คลอดในท่านอนหงาย[25]

ส่วนการดูแลการคลอดตามโปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติด้านการดูแลอย่างมีมนุษยธรรม และการดูแลด้าน จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นการดูแลในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่สามารถอธิบายผลของโปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติ 2 ด้านนี้ ต่อระดับการฉีกขาดของฝีเย็บได้ ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนแอพการ์ของทารกในผู้คลอดวิถีธรรมชาติอยู่ในระดับปกติ[22] ทั้งในนาทีที่ 1 5 และ 15 (ค่าเฉลี่ย= 9.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.23 ค่าเฉลี่ย=9.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.22 ค่าเฉลี่ย=9.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.16 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีปริมาณการเสียเลือดจากการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการยืนยันว่าการดูแลการคลอดตามโปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติในผู้คลอดครรภ์แรก ทำให้ฝีเย็บฉีกขาดน้อยกว่าการดูแลการคลอดปกติ ผู้คลอดมีปริมาณการเสียเลือดจากการคลอดน้อยกว่า และไม่มีผลต่อสภาวะทารกแรกเกิด

สรุป

ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติซึ่งไม่ตัดฝีเย็บ ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เพราะนอกจากช่วยลดอุบัติการณ์การฉีกขาดของฝีเย็บเนื่องจากการตัดฝีเย็บอย่างเป็นกิจวัตรในการดูแลการคลอดปกติแล้ว ยังทำให้ผู้คลอดเสียเลือดน้อยกว่า ไม่มีผลต่อสภาวะทารกแรกคลอด ลดระยะเวลาในการซ่อมแซมฝีเย็บ รวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth (Review) [monograph on the Internet]. Hoboken: John Wiley & Sons; 2012 [cited 2012 Feb 12]. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/pdf.
2. Althabe F, Belizan JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. Br Med J 2002; 324: 945 - 6.
3. Shojaei KK, Dawati A, Zayeri F. Frequency and side effect of episiotomy in primiparous women: a three-month longitudinal survey. J Qom Univer Med Scien 2009; 3: 47 - 50.
4. Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. Gynecol Obstet Invest 2008; 66: 1 - 7.
5. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Birth 1997; 24: 121 - 3.
6. Lam KW, Wong HS, Pun TC. The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong. Hong Kong Med J 2006; 12: 94 - 8.
7. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, et al. Pelvic floor disorders 4 years after delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. BJOG 2008; 115: 247 - 52.

8. Lin S, Gau M, Li C, et al. Onset of lactation in vaginal delivery women and related factors. Evid Based Nurs 2008; 4: 257 - 66.
9. Lothian JA. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Introduction: the coalition for improving maternity services. J Perinat Educ 2007; 16 (Suppl 1): S1 - 4.
10. Goer H, Leslie MS, Romano A. The Coalition for improving maternity services: Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. J Perinat Educ 2007; 16 (Suppl 1): S32 - 64.
11. Kritcharoen S, Phon-In K, Pongpaiboon P. The effect of natural childbirth versus normal labor on duration of labor of primiparous women. Songkla Med J 2012; 30: 1 - 11.
12. Kritcharoen S, Phon-In K, Pongpaiboon P. The effect of caring for natural childbirth versus caring for normal labor on labor pain of primiparous women. Songkla Med J 2012; 30: 75 - 85.
13. Lapanan D. Risk factors associated with third and fourth-degree perineal lacerations in spontaneous vaginal deliveries. J Health Sci 1999; 8: 99 - 109.
14. Roberts J, Hanson L. Best practices in second stage labour care: maternal bearing down and positioning. J Midwifery Womens Health 2007; 52: 238 - 45.
15. Terry RR, Westcott J, O'Shea, L, et al. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs non-supine delivery by midwives. J Am Osteopath Assoc 2006; 106: 199 - 202.
16. Nasir A, Korejo R, Noorani KJ. Child birth in squatting position. J Pak Med Assoc 2007; 57: 19 - 22.
17. Suppasri P. Natural childbirth: humanized health care. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2007; 15: 16 - 26.
18. Declercq ER, Sakara C, Corry MP, et al. Listening to mother II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences. J Perinat Educ 2007; 16: 9 - 14.
19. Phumdoung S, Morkruengsai S, Tachapattarakul S, et al. Effect of the Prince of Songkla University Locked-Upright Position on the duration, pain and comfort of second stage labor in primiparous women. Pacific Rim Int J Nurs Res 2010; 14: 1 - 10.
20. Lipsey MW. Design sensitivity: statistical power for experimental research. Newbury Park: Sage Publication; 1990.
21. Chau-In W. How to cope with massive obstetric hemorrhage during cesarean section? Srinagarind Med J 2009; 24: 265 - 7.
22. Odd DE, Doyle P, Gunnell D, et al. Risk of low Apgar score and socioeconomic position: a study of Swedish male births. Acta Paediatr 2008; 97: 1275 - 80.
23. Yurachai M, Ratinthorn A, Serisathien Y, et al. The effects of directed versus spontaneous pushing on postpartum fatigue, perineal pain and childbirth satisfaction. J Nurs Sci 2009; 3 (Suppl 2): S27 - 36.
24. Lawrence L, Patricia P, Valerie K. The nature and management of labor pain: part II. Pharmacologic pain relief. Am Fam Physician 2003; 68: 1115 - 20.
25. Golay J, Vedam S, Sorger L. The squatting position for the second stage of labor: effects on labor and on maternal and fetal well-being. Birth 2007; 20: 73 - 8.