



ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ต่อความรู้ ทักษะ และการหายของแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น

พิมลพรรณ นาแสงี่ยม¹, นิลุบล รุจิรประเสริฐ^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of Educational Program for Postpartum Perineal Wound Care on Knowledge, Attitude, and Perineal Wound Healing of Postpartum Mothers at Kranuan Crown Prince Hospital Khon Kaen Province

Pimonpan Nasangium¹, Nilubon Rujiraprasert^{2*}

¹A student of the Master of Nursing Science in Midwifery, Faculty of Nursing,
Khon Kean University

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received: 8 August 2024 / Review: 10 August 2024 / Revised: 2 September 2024 /

Accepted: 9 September 2024

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การติดเชื้อและการแยกของแผลฝีเย็บหลังคลอดส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ต่อความรู้ ทักษะ และการหายของแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi – experimental research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบประเมินความรู้และทัศนคติในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด และประเมินการหายของแผลฝีเย็บด้วยเครื่องมือ REEDA score วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย independent t-test, Mann-Whitney U Test และ one-way repeated-measures ANOVA

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) นอกจากนั้น กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการหายของแผลฝีเย็บหลังคลอดในระยะ 48 ชั่วโมงดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ในช่วงก่อนคลอดช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ และส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอดได้ ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้มาใช้ร่วมกับการดูแลตามปกติ

คำสำคัญ: แผลฝีเย็บ, การหายของแผล, ความรู้, ทักษะ, โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด

*Corresponding author: Nilubon Rujiraprasert, E-mail: nilruj@kku.ac.th

Abstract

Background and Objectives: Perineal wound infection and dehiscence affect maternal health and women's quality of life. This study aimed to examine the effects of educational program for perineal wound care on knowledge, attitude, and perineal wound healing in postpartum mothers.

Methods: This study was a quasi-experimental research using two-group pretest and posttest design. Forty parturient women who met the inclusion criteria were included and divided into a control group and an experimental group equally as 20 women each group. The research instruments were an educational program for perineal wound care. Data were collected by using the general information and pregnancy and delivery questionnaires, the knowledge and attitude of perineal wound care assessment forms, and the REEDA scale for wound healing assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, Mann-Whitney U Test, and one-way repeated-measures ANOVA.

Results: The experimental group had significantly higher knowledge score for perineal wound care after the program implementing than the control group ($p < 0.001$). The attitude towards perineal wound care after the program was no statistical significant difference between the experimental and control groups ($p > 0.05$). Moreover, the experimental group had a significantly better mean score for perineal wound healing at 48 hours postpartum than the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: The educational program before delivery effectively increased knowledge and promoted better healing of perineal wounds within 48 hours postpartum. Thus, this program should be integrated into routine care provision.

Keywords: perineal, wound healing, knowledge, attitude, education program for postpartum perineal wound care.

บทนำ

ปัญหาการแยกและการติดเชื้อของแผลฝีเย็บที่เกิดจากการตัดฝีเย็บเพื่อขยายปากช่องคลอด หรือจากการฉีกขาดของบริเวณฝีเย็บเอง มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด¹⁻³ อุบัติการณ์ของการเกิดแผลฝีเย็บแยกและติดเชื้อมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ในทวีปยุโรปพบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อแผลฝีเย็บที่เกี่ยวข้องกับการคลอดอยู่ระหว่างร้อยละ 0.1 - 23.6 และแผลแยกอยู่ระหว่างร้อยละ 0.21- 24.6 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด⁴ สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจการติดเชื้อทั้งหมดใน 192 โรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2561 พบการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บคิดเป็นร้อยละ 3.67⁵ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ได้แก่ เพิ่มความเจ็บปวดแผลมากขึ้น ยืดระยะเวลาการหายของแผล อาจพบการติดเชื้อลุกลามถึงการติดเชื้อในกระแสเลือด² และก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์และบุคลิกภาพแก่มารดาหลังคลอด⁶ ผลกระทบต่อเนื่องอื่นๆ ได้แก่ การดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น เพิ่มการใช้ยาปฏิชีวนะ การสูญเสียค่าใช้จ่ายและนอนรักษาตัวโรงพยาบาลนานขึ้น รวมทั้งผู้รับบริการไม่พึงพอใจในการบริการ^{2,7} ช่วงหลังคลอดแผลฝีเย็บมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากแผลฝีเย็บอยู่ติดกับปากช่องคลอดซึ่งเป็นช่องทางของการขับเลือด และน้ำคาวปลาออกจากโพรงมดลูก อีกทั้งยังอยู่ใกล้ทางออกของปัสสาวะและอุจจาระ การดูแลแผลฝีเย็บที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงมีความสำคัญเพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผลฝีเย็บ

กระบวนการหายของแผล เป็นกระบวนการที่เริ่มต้นขึ้นทันทีเมื่อมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และจะสิ้นสุดเมื่อแผลสมานปิดสนิทอย่างสมบูรณ์และเกิดเป็นแผลเป็น⁸ จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบแนวทางการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บเร็วขึ้น ลดการแยกและการติดเชื้อของแผลฝีเย็บ ดังนี้ 1) การดูแลทำความสะอาดแผลฝีเย็บให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ 2) การลดความเจ็บปวด และการบวมซ้ำของแผลฝีเย็บเพื่อลดกระบวนการอักเสบของแผล 3) การมีโภชนาการที่มีประโยชน์เพื่อกระตุ้นการสร้างเซลล์เนื้อเยื่อ 4) การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เพื่อลดอาการเจ็บปวดและเพิ่มการไหลเวียนโลหิตมาเลี้ยงที่แผล และ 5) การติดตามอาการผิดปกติและการประเมินแผลฝีเย็บตนเอง ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน⁹⁻¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หลากหลายงานวิจัยในเรื่องการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่ที่ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ไม่ว่าจะให้

ความรู้ระยะตั้งครรภ์หรือให้ความรู้หลังคลอด ระดับความรู้ของมารดาหลังคลอดจะมากขึ้นและสามารถดูแลแผลฝีเย็บตนเองได้ดี ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของแผลฝีเย็บและแผลฝีเย็บหายเร็วภายใน 7-10 วันหลังคลอดได้¹³⁻¹⁸ นอกจากนี้ยังมีความวิจัยที่กล่าวถึงการมีทัศนคติด้านความเชื่อ หรือทัศนคติต่ออวัยวะเพศหญิงที่ไม่ดี ย่อมทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดูแลแผลฝีเย็บตามมาได้^{19,20} Thitaree และคณะ²¹ จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บในช่วงก่อนการคลอดจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ สร้างเสริมทัศนคติที่ดี และสามารถนำมาใช้ได้ทันทีหลังคลอด¹⁵ ซึ่งการส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ดีควรมีวิธีการสอนและสื่อการสอนที่สามารถทดลองได้จริง เพื่อให้ความรู้สึกและลำดับการดูแลจริง จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ดีได้เพิ่มมากขึ้น โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ส่วนใหญ่ให้ความรู้ในช่วงระยะหลังคลอด ซึ่งระยะหลังคลอดมีอุปสรรคที่ประกอบไปด้วยความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อการปรับตัวและการเรียนรู้หลังคลอดได้ ทำให้มารดาไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและเกิดผลกระทบต่างๆ ได้²² แต่หากให้ความรู้ตั้งแต่ระยะก่อนคลอดได้จะส่งผลให้มารดามีความรู้เตรียมพร้อมในการดูแลตนเองหลังคลอดได้ทันที แต่การให้ความรู้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 มีระยะห่างจากการคลอด 6-8 สัปดาห์อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ลืมเนื้อหาบางส่วนในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดแก่ผู้คลอดในช่วงปากมดลูกเปิดซ้ำในระยะที่ 1 ของการคลอด คือช่วงปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ซึ่งเป็นช่วงที่อาการเจ็บครรภ์ยังไม่รุนแรงและมารดายังพร้อมที่จะเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังคลอด¹²

แม้ว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จะมีแนวทางในการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐาน แต่ยังคงพบการแยกและติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ จากเวชระเบียนในปีงบประมาณ 2561-2565 พบมารดาหลังคลอดที่แผลฝีเย็บแยกและติดเชื้อจำนวน 74 ราย พบแผลฝีเย็บแยกและติดเชื้อร้อยละ 2.63, 5.45, 4.69, 3.93 และ 4.65 ตามลำดับ²³ ซึ่งตัวชี้วัดเรื่องอัตราการเกิดแผลแยกและติดเชื้อต่อน้อยกว่าร้อยละ 5 ของมารดาที่มีแผลฝีเย็บทั้งหมด จากอุบัติการณ์ดังกล่าวมีเพียง พ.ศ. 2562 เท่านั้นที่มีอุบัติการณ์ร้อยละ 5.45 แต่ส่วนใหญ่อัตราการเกิดจะต่ำกว่าร้อยละ 5 ของมารดาที่มีแผลฝีเย็บทั้งหมด ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นไม่เกินมาตรฐานตัวชี้วัดที่กำหนด แต่ยังพบว่าอัตราการเกิดแผลฝีเย็บแยกและติดเชื้อยังมีจำนวนการเกิดขึ้นที่ใกล้เคียงร้อยละ 5 ในทุกปี และส่งผลกระทบต่อตัวมารดาหลังคลอดเองรวมทั้งหน่วยงานที่ดูแล จากการ

สัมภาษณ์มารดาหลังคลอดที่มีแผลฝีเย็บแยกหรือติดเชื้อจำนวน 5 ราย พบว่ามารดาที่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอวัยวะเพศและการดูแลแผลฝีเย็บ เช่น ไม่กล้าจับอวัยวะเพศของตนเองเพราะเป็นเรื่องน่าอาย เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะเพศไม่กล้าที่จะปรึกษาผู้อื่น การรดทานไข่เพราะเชื่อว่าทำให้แผลไม่สวย ติดไม่ดี หลังคลอดไม่ควรเคลื่อนไหวมากเพราะจะทำให้แผลอักเสบได้ง่าย และการไม่ล้างแผลด้วยสบู่เพราะทำให้แผลหายช้า อีกทั้งจากบริบทของโรงพยาบาลพบว่าการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บรายบุคคลเป็นการสอนแบบปากเปล่าในช่วงหลังการเย็บแผลเสร็จทันที หรือภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด และการให้ความรู้รายกลุ่มอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง ก่อนจำหน่ายกลับบ้านโดยการบรรยายและให้แผ่นพับแก่มารดาเพื่อไปศึกษาด้วยตนเองเท่านั้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์ข้างต้นพบว่ามารดาหลังคลอดยังมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และการให้ความรู้ในช่วงเวลาหลังเย็บแผลเสร็จทันที มารดาหลังคลอดอาจไม่พร้อมรับรู้ อีกทั้งเป็นการให้ความรู้ทางเดียวโดยสื่อการสอนที่มีเพียงแผ่นพับอย่างเดียวเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการสร้างทัศนคติที่ดีและความรู้ที่ครบถ้วน การดูแลแผลฝีเย็บที่เหมาะสมควรต้องมีทั้งความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมกระบวนการหายของแผลอย่างสมบูรณ์¹⁹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ให้มีสื่อในการสอนที่ชัดเจนขึ้น เพิ่มการสอนให้เป็นลักษณะที่เปิดโอกาสได้ตอบโต้ซักถามข้อสงสัยได้ และปรับช่วงการสอนจากหลังคลอดมาในระยะที่ 1 ของการคลอดคือช่วงปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ซึ่งคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวนี้จะช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแผลฝีเย็บ และการหายของแผลฝีเย็บ

เป็นไปตามกระบวนการหายของแผล และสามารถป้องกันการแยกและติดเชื้อของแผลฝีเย็บหลังคลอด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี (KAP model) พบว่า Sakri²⁴ กล่าวว่า ความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือบางครั้งความรู้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่างๆ ในทางบวก การสร้างความรู้จำเป็นต้องใช้ทักษะและความสามารถของสมองในขั้นสูงขึ้นจนถึงระดับการสื่อความหมายได้ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับข่าวสาร อาจเกิดจากการได้รับฟัง การมองเห็น และการได้ยิน ส่งผลต่อการยอมรับ เปลี่ยนแปลงทัศนคตินำไปสู่การปฏิบัติที่ดี ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บหลังคลอดตามทฤษฎีกระบวนการหายของแผลได้ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้พัฒนาจากแนวคิด และทฤษฎี ความรู้ ทัศนคติ และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บหลังคลอด^{10,11,15,16,18,25,26} ให้แก่มารดาได้รับรู้ตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอด (latent phase) ในขณะรอคลอด ซึ่งความรู้ที่ให้ได้แก่ การดูแลรักษาความสะอาดของแผลฝีเย็บอย่างไร ข้อมูลด้านโภชนาการ การจัดการความเจ็บปวด การออกกำลังกายหลังคลอด การพักผ่อนที่เพียงพอ และการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตที่ดี สนับสนุนการให้ความรู้เรื่องการประเมินแผลฝีเย็บหลังคลอดที่ผิดปกติด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมส่งเสริมการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแผลฝีเย็บ โดยใช้สื่อการสอนที่ชัดเจน ได้แก่ สมุดภาพ หุ่นจำลองอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อใช้สาธิตในการดูแลแผลฝีเย็บ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และจดจำความรู้สามารถนำไปใช้ได้ทันทีหลังคลอดจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามการหายของแผลฝีเย็บจำนวน 4 ครั้งหลังคลอด ได้แก่ 2, 24 และ 48 ชั่วโมง และ 7 วันหลังคลอด ซึ่งมีลักษณะของกรอบแนวคิดดังรูปภาพต่อไปน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติในการดูแลแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด หลังการให้โปรแกรมความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการหายของแผลฝีเย็บ (REEDA score) ของมารดาหลังคลอด หลังการให้โปรแกรมความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด และกลุ่มที่ไม่ได้โปรแกรมความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi – experimental research) วัตถุประสงค์และหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) ประชากรคือมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กระนวน จ.ขอนแก่น เลือกกลุ่มตัวอย่างคือผู้คลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ 1) ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร 2) คาดว่าจะคลอดปกติทางช่องคลอด 3) อายุ 18-34 ปี 4) ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) แรกรับในห้องคลอด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 33 5) BMI ก่อนการตั้งครรภ์ น้อยกว่า 30 Kg/m² 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการหายของแผล ได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประวัติถุงน้ำคร่ำแตก ก่อนเจ็บครรภ์คลอด ภาวะติดเชื้อในร่างกายน (มีไข้ มากกว่า 38°C หรือ มีการติดเชื้อภายในช่องคลอด) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ และ 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มารดาที่ต้องส่งต่อโรงพยาบาลอื่นระหว่างการวิจัย 2) มารดาที่มีระยะที่ 2 มากกว่า 60 นาที (ครรภ์แรก) และมากกว่า 30 นาที (ครรภ์หลัง) 3) แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 3 และ 4 4) ทารกแรกคลอดมีน้ำหนัก มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม และ 5) มารดาที่ช่วยคลอดโดยใช้เครื่องมือหรือการดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) เท่ากับ 0.8 ค่าขนาดได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.03 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันของ Ari Samuel และคณะ¹⁷ ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 16 ราย รวมทั้งหมด 32 ราย และเพื่อป้องกันการถอนตัว ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มละ 20 ราย รวมทั้งสองกลุ่มจำนวน 40 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ

เจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากเพื่อจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มตามสลากที่จับได้ จนครบจำนวน ดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุมได้ความรู้ตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดที่พัฒนาจากแนวคิดด้านความรู้ ด้านทัศนคติ²⁴ โดยมีหลักการความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บหลังคลอด^{10,11,15,16,18,25,26} ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดร่วมกับสื่อการสอน ได้แก่ สมุดภาพหุ่นจำลองอวัยวะเพศหญิง ผ้านามัยที่ใช้ในการสาธิตการใส่ผ้านามัย (ตารางที่ 1)

2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลแผลฝีเย็บ พัฒนาจากแนวคิดด้านทัศนคติ²⁴ โดยสร้างข้อคำถามจากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลแผลฝีเย็บ²⁷ โดยเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่นับใจหรือเฉย ๆ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 2 ข้อ และคำถามเชิงลบ 4 ข้อ คะแนนเต็มแต่ละข้อคำถามเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด พัฒนาจากแนวคิดด้านความรู้²⁴ โดยสร้างข้อคำถามจากหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด^{10,11,15,16,18,25,26} จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ เป็นคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และคำถามเชิงลบ 6 ข้อ โดยถ้าตอบถูกต้องได้คะแนน 1 คะแนน และถ้าตอบไม่ถูกต้องหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ในช่วง 0 - 22 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการหายของแผลฝีเย็บ (REEDA scale) เป็นเครื่องมือที่แปลภาษาไทยอ้างอิงจากงานวิจัยของ Janmanee²⁸ มี 5 องค์ประกอบในการประเมิน ได้แก่ อาการแดง อาการบวม อาการห่อเลือด สิ่งคัดหลั่งที่ไหลออกจากแผล และลักษณะการขีดกันของขอบแผล โดยแต่ละองค์ประกอบให้คะแนน 0-3 คะแนน มีคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน คะแนนที่น้อยบ่งบอกถึงแผลฝีเย็บดี หากคะแนนมากบ่งบอกถึงการอักเสบของแผลฝีเย็บที่มากขึ้นและพยากรณ์ถึงการหายของแผลล่าช้า

ตารางที่ 1 โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด

แนวคิด/ทฤษฎี	กิจกรรม	เวลา (นาที)
แนวคิดด้านทัศนคติ	อธิบายว่าความหมายของฝีเย็บ การเกิดแผลฝีเย็บและความสำคัญของการดูแลแผลฝีเย็บด้วยรูปภาพฝีเย็บในสมุดภาพ	5 นาที
แนวคิดด้านความรู้ และหลัก ฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริม การหายของแผลฝีเย็บหลังคลอด	อธิบายการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บ 3 หัวข้อหลักดังนี้ 1) การบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ได้แก่ การประคบเย็น/ประคบอุ่น การจัดทำนั่งหรือทำเดินที่เหมาะสม และการรับประทานยาแก้ปวด โดยใช้สมุดภาพประกอบการบรรยาย 2) การป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย บรรยายโดยใช้สมุดภาพประกอบ การทำความสะอาดแผลฝีเย็บ อธิบายด้วยสมุดภาพและนำหุ่นจำลองมาให้มารดาได้สัมผัส และร่วมทดลองการทำความสะอาดแผลฝีเย็บ และการสวมใส่ผ้าอนามัยไปพร้อมการบรรยายสมุดภาพ เปิดโอกาสให้มารดาได้สอบถามข้อสงสัยระหว่างให้ความรู้ได้ การสังเกตอาการผิดปกติของแผลฝีเย็บ โดยสาธิตการใช้กระจกส่องดูแผลฝีเย็บ พร้อมแสดงภาพแผลฝีเย็บที่มีลักษณะผิดปกติในสมุดภาพ 3) การส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์, การบริหารอวัยวะในอุ้งเชิงกราน, การพักผ่อนให้เพียงพอ, และอาการผิดปกติที่แสดงถึงการแยกและติดเชื้อที่แผลฝีเย็บเมื่อกลับบ้าน โดยใช้รูปภาพในสมุดภาพประกอบการบรรยาย	25 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แผนการสอนและสื่อการสอน แบบประเมินความรู้ และแบบสอบถามทัศนคติ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้และภาพประกอบนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้รับ สำหรับแผนการสอนและสื่อการสอน คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (I-CVI) เท่ากับ 1.00 และความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 1.00 ส่วนแบบประเมินความรู้และแบบสอบถามทัศนคติ คำนวณค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 และ S-CVI เท่ากับ 1.00 เช่นกัน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ และแบบสอบถามทัศนคติ ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ ภาพรวมได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.81 แบ่งเป็นรายด้านการรับรู้ ด้านการจัดการความเจ็บปวด ด้านการรักษาความสะอาด ด้านการพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ค่า KR-20 เท่ากับ 0.80, 0.81, 0.81, 0.80, และ 0.81 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติ ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.72 สำหรับแบบประเมินการหายของแผลฝีเย็บ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับความเชื่อถือ ค่าความตรงของเนื้อหาอ้างอิง

จากค่า CVI จากการศึกษาของ Janmanee²⁸ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI/UA) เท่ากับ 0.75 และความตรงตามเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านมีความเห็นตรงกัน (S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยได้ทดสอบการให้คะแนน REEDA score โดยผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานที่แผนกงานห้องคลอด 6 ปีจำนวน 2 คน ประเมินแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดรายเดียวกันจำนวน 10 ราย และนำคะแนนที่ได้มาเปรียบเทียบความตรงกันผลลัพธ์คือตรงกันร้อยละ 90

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร โครงร่างการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662044 รับรอง ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 และขอต่ออายุ รับรอง ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเคร่งครัด โดยเริ่มจากการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ ความเสี่ยง และประโยชน์ของการวิจัยอย่างครบถ้วนการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลเป็นไปอย่างเป็นความลับ เพื่อป้องกันการระบุตัวตน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำเสนอในรูปแบบข้อมูลรวมเท่านั้น ก่อนการตัดสินใจเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ และไม่เร่งรัดให้ยินยอม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วม โครงการจึงให้ลงลายมือชื่อเป็นลาย

ลักษณะอักษรในเอกสารขอความยินยอมด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้คลอดที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาต

ศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ขอคำยินยอมที่ไม่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน เพื่อขอความยินยอมสำหรับการวิจัยทางคลินิก และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในเอกสารข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ดำเนินงานวิจัยตามขั้นตอน แยกเป็นขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา ดำเนินการ	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ระยะรอคอย (ปากมดลูกเปิด ไม่เกิน 4 เซนติเมตร)	1) ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามทัศนคติและแบบประเมิน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บ ใช้เวลา 15-20 นาที	1) ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม ทัศนคติและแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแล แผลฝีเย็บ ใช้เวลา 15-20 นาที 2) ได้รับความรู้ตามโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง การดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดเป็นเวลา 30 นาที
ระยะคลอดและ ระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมงหลังคลอด	1) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานการดูแลมารดาผู้คลอด และ หลังคลอด ได้แก่ การทำคลอดตามมาตรฐาน การเย็บแผลฝีเย็บ การให้สุขศึกษาการดูแลแผลฝีเย็บทันที ขณะเย็บแผลฝีเย็บหรือเมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด 2) ประเมินการหายของแผลฝีเย็บภายหลังคลอดด้วย REEDA scale เมื่อครบ 2, 24 ชั่วโมง หลังคลอด, โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 5-10 นาที	1) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้สุขศึกษารายกลุ่มในเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 2) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประเมินการหายของแผลฝีเย็บภายหลังคลอดด้วย REEDA scale เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 5-10 นาที 3) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบประเมินความรู้และแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแล แผลฝีเย็บหลังคลอดเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอดอีกครั้ง ใช้เวลา 15-20 นาที
7 วันหลังคลอด	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มประเมินการหายของแผลฝีเย็บภายหลังคลอดด้วย REEDA scale เมื่อครบ 7 วันหลังคลอดที่คลินิกนมแม่ ใช้เวลา 5-10 นาที	

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 28.0 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทัศนคติต่อการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) และหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการหายของแผล (REEDA score) หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ One-way repeated-measures ANOVA

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 19 - 34 ปี (26.15±4.74 ปี) ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 75 และ BMI ก่อนตั้งครรภ์อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 70 (21.86 ±3.09 Kg/m²) และมีการเพิ่มของน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์ที่น้อยกว่าเกณฑ์เมื่อเทียบกับ BMI ที่ร้อยละ 50 (12.03 ±4.75 kg) สำหรับกลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 32 ปี (23.95 ±4.11 ปี) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 70 และ BMI ก่อนตั้งครรภ์อยู่ในระดับปกติ คิดเป็น

ร้อยละ 55 ($21.29 \pm 3.86 \text{ Kg/m}^2$) มีการเพิ่มของน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์ที่ระดับน้อยกว่าเกณฑ์ที่ร้อยละ 45 ($11.90 \pm 4.69 \text{ Kg}$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test พบว่า อายุ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ไม่มีความแตกต่างกัน และผลการทดสอบด้วยสถิติ Chi-square พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อมูลด้านการตั้งครรภ์และการคลอด ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 65 และ 80 ตามลำดับ) เคยผ่านการคลอด (1-3 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 60 และ 75 ตามลำดับทั้งหมดไม่เคยมีประวัติการติดเชื้อหรือแยกที่แผลฝีเย็บมาก่อน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บมาก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 55 และ 60 ตามลำดับ ลักษณะของแผลฝีเย็บส่วนใหญ่เป็นแผลจากการตัดฝีเย็บกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 90 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 80 น้ำหนักตัวทารกแรกคลอดส่วนใหญ่ มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 65 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติต่อการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด

เมื่อทดสอบการแจกแจงปกติ (tests of normality) พบว่า ค่าคะแนนความรู้ และทัศนคติต่อการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติก่อนการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติ ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($p=0.499$ และ $p = 0.686$ ตามลำดับ) สำหรับค่าคะแนนความรู้ และทัศนคติต่อการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อทดสอบพบว่าการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนี (mann-whitney U test) สำหรับคะแนนความรู้หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับของความรู้ 10.95 คะแนน (sum of rank = 219.00 คะแนน) และ 30.05 คะแนน (sum of rank=601.00 คะแนน) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับความรู้หลังการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ด้านคะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับของทัศนคติ 18.93 คะแนน (sum of rank = 378.50 คะแนน) และ 22.08 คะแนน (sum of rank = 441.50 คะแนน) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับของทัศนคติ หลังการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติ ต่อการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ก่อน และหลังการให้โปรแกรมความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=40)

ความรู้ และทัศนคติต่อการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด	กลุ่มควบคุม (n = 20) Mean±SD	กลุ่มทดลอง (n = 20) Mean±SD	Mean difference	t	df	p-value
ก่อนการให้โปรแกรมความรู้						
ความรู้	12.90±3.01	13.55±3.02	-0.65	-0.682	38	0.499
ทัศนคติ	22.75±3.92	23.20±3.00	-0.45	-0.408	38	0.686
หลังการให้โปรแกรมความรู้						
ความรู้	10.95	219.00	30.05	601.00	9.0	< 0.001*
ทัศนคติ	18.93	378.50	22.08	441.50	168.5	0.385

* $p<0.05$

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการหายของแผลฝีเย็บหลังคลอด

ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินการหายของแผลโดยแบ่งตามช่วงเวลาทั้งหมด 4 ช่วง คือ 2, 24, 48 ชั่วโมงหลังคลอด และ 7 วันหลังคลอด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการหายของแผลฝีเย็บหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ one-way repeated-measures ANOVA พบว่า

มีเพียงค่าคะแนนเฉลี่ยการหายของแผลฝีเย็บ ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่าง 2 กลุ่มที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการหายของแผลฝีเย็บในระยะ 2, 24 ชั่วโมงหลังคลอด และ 7 วันหลังคลอดของทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนการหายของแผลฝีเย็บ (REEDA score) (N=40)

ระยะเวลาการประเมินคะแนนการหายของแผลฝีเย็บ (REEDA Score)	กลุ่มควบคุม (n = 20) Mean±SD	กลุ่มทดลอง (n = 20) Mean±SD	Mean difference	p-value
2 ชั่วโมงหลังคลอด	2.75±1.25	2.75±0.72	0.000	1.000
24 ชั่วโมงหลังคลอด	1.85±1.04	1.95±0.95	-0.100	0.752
48 ชั่วโมงหลังคลอด	1.75±0.91	0.90±0.64	0.850	0.002
7 วันหลังคลอด	0.30±0.73	0.00±0.00	0.300	0.075

p < 0.05

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Samuel และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดช่วยเพิ่มความรู้ในการดูแลตนเองของมารดาได้ สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากโปรแกรมความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย แผนการสอนสุขศึกษา และสื่อที่ใช้ในการสอน ได้แก่ สมุดภาพ ฟันจำลองอวัยวะเพศหญิงผ้าอนามัย ซึ่งเป็นการใช้สื่อในการสอนที่ชัดเจน สัมผัสได้จริง และได้ทดลองปฏิบัติจริง ร่วมกับเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดได้ถาม-ตอบระหว่างการสอนอีกด้วย ทำให้มารดาสามารถจดจำความรู้ได้มากกว่าการให้ความรู้แบบเดิม และอีกทั้งมารดากลุ่มทดลองได้รับความรู้ในระยะระลอกคือช่วงปากมดลูกเปิดช้า (ช่วงปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร) ซึ่งช่วงนี้ผู้คลอดยังไม่มีอาการปวดรุนแรง ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ระดับความวิตกกังวลต่ำ การรับรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการเรียนรู้ยังดีอยู่ และระยะเวลาในการให้ความรู้ทั้งหมดไม่เกิน 30 นาที ซึ่งอยู่ในระยะเวลาการเรียนรู้ที่ดี ซึ่งแตกต่างจากการให้ความรู้ขณะเย็บแผลและหลังคลอดที่มีปัจจัยอื่น เช่น ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวดแผล มารบกวนในการรับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการศึกษาแบบ systematic review ของ O'Kelly และ Moore¹⁵ ได้ให้คำแนะนำว่าควรให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บแก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อ่อนคลอด

ส่วนในด้านทัศนคติต่อการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดหลังการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ยังไม่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติได้ ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาของการประเมินทัศนคติที่เร็วภายหลังการคลอดเพียง 48 ชั่วโมง มารดาหลังคลอดอาจยังไม่สามารถตัดสินใจหรือปรับเปลี่ยนทัศนคติได้ เพราะทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงต้องใช้เวลาระยะหนึ่ง²⁷ ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา ค่าคะแนนทัศนคติที่เปลี่ยนแปลง จะได้รับการประเมินทัศนคติหลังได้รับความรู้ในระยะยาว ได้แก่ การให้ความรู้ตั้งแต่การฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 3 และประเมินทัศนคติหลังคลอด¹⁹ หรือประเมินภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านแล้วในระยะ 7-10 วันหลังคลอด¹⁶ เป็นต้น ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าแผนการสอนสุขศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่มีจำนวนข้อคำถามแบบสอบถามและเนื้อหาในแผนสุขศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่น้อยเกินไปและข้อคำถามของเครื่องมือในบางข้ออาจมีความไม่ชัดเจนในเรื่องเพศและความเชื่อเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บน้อย หากมีงานวิจัยครั้งถัดไปควรเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับทัศนคติให้เพิ่มมากขึ้นและตรงประเด็นมากขึ้น

ด้านการหายของแผลฝีเย็บหลังคลอด พบว่าในระยะ 2 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สามารถอธิบายด้วยกลไกการหายของแผลฝีเย็บได้ว่า 2 ชั่วโมง

หลังคลอดอยู่ในระยะการห้ามเลือด และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด คือระยะการอักเสบของแผลฝีเย็บ กระบวนการหายของแผลฝีเย็บภายนอกจะยังไม่มี การเปลี่ยนแปลงมาก ยังไม่พบการลดระดับอาการแดง การบวม และความเจ็บปวด นอกจากนั้น ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มารดา ยังมีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าจากการคลอด ช่วยเหลือตนเองได้น้อย พยาบาลเป็นผู้ดูแลและทำความสะอาดแผลฝีเย็บให้ทั้งหมด และภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดพยาบาลยังรับผิดชอบในการทำความสะอาดแผลฝีเย็บให้มารดาในตอนเช้าและเย็น ดังนั้นในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอดจึงอาจไม่พบความแตกต่างของการหายของแผล ซึ่งผลการติดตามระยะการหายของแผลฝีเย็บในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดคล้ายคลึงกับงานวิจัย ของ Abed และคณะ²⁸ ที่พบว่า REEDA Score ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดของมารดา กลุ่มที่ได้รับการความรู้ในการดูแลแผลด้วยตนเองไม่แตกต่างกับมารดาในกลุ่มควบคุม

สำหรับระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ค่าคะแนนเฉลี่ย REEDA score ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เฉพาะองค์ประกอบด้านลักษณะอาการห้อเลือด ซึ่งปัจจัยที่ช่วยลดอาการห้อเลือดได้ดีคือการส่งเสริมให้การไหลเวียนของเลือดดี ได้แก่ ประคบเย็น ประคบอุ่น การจัดท่านั่ง ยืน เดิน และการทำ kegal exercise^{29,30} อาจเนื่องจากในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอดมารดาจะต้องดูแลแผลฝีเย็บด้วยตนเอง และมารดาหลังคลอดระยะนี้มีความพร้อมที่จะดูแลตนเองได้มากขึ้น เคลื่อนไหวตนเองได้มากขึ้น มารดาในกลุ่มทดลองซึ่งมีความรู้ในการส่งเสริมกระบวนการหายของแผลฝีเย็บที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมจึงสามารถนำความรู้ที่ได้รับตั้งแต่ก่อนคลอดมาใช้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในระยะ 7 วันหลังคลอด ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยการหายของแผลฝีเย็บของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในระยะวันที่ 7 หลังคลอด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากวันที่ 7 วันหลังคลอด อยู่ในระยะที่ 3 ของกระบวนการหายของแผล ระยะนี้การสร้างเนื้อเยื่อเชื่อมประสานจะสมบูรณ์หากไม่มีปัจจัยที่ขัดขวางการหายของแผลตั้งแต่ระยะที่ 2 ที่ทับซ้อนกันไปถึงระยะที่ 3 แผลฝีเย็บจะมีลักษณะที่ตื้นตื้น^{31,32} ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะพบว่ามารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มมีกระบวนการหายของแผลในระยะที่อยู่โรงพยาบาลแตกต่างกันเฉพาะอาการห้อเลือดในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด ทำให้ไม่มีปัจจัยขัดขวางการหายของแผลฝีเย็บ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีการวัดเพียงความรู้และทัศนคติในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด โดยไม่ได้ประเมินพฤติกรรมการดูแลแผลฝีเย็บของมารดา ทำให้ไม่

สามารถประเมินได้ว่าการตามองทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลแผลฝีเย็บที่ถูกต้องหรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีเพียงการประเมินการหายของแผลฝีเย็บเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมของมารดาต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ทำให้พฤติกรรมของกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรหรือแตกต่างกับกลุ่มควบคุมได้อย่างไร ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ และเป็นเหตุผลที่ทำให้ค่าคะแนนการหายของแผลฝีเย็บ 7 วันหลังคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้

สรุป

โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด ช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บเพิ่มขึ้น และส่งเสริมกระบวนการหายของแผลฝีเย็บ ควรพิจารณาในการนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่มารดาในระยะก่อนคลอดต่อไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในงานวิจัย 1) ข้อคำถามแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่น้อยอาจไม่สามารถวัดทัศนคติได้ทั้งหมด รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินซ้ำทัศนคติเร็วส่งผลให้อาจมองไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ 2) การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินเรื่องพฤติกรรมอาจไม่เห็นผลลัพธ์ชัดเจนว่าความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมจริงหรือไม่ และ 3) การศึกษาครั้งนี้ไม่ถูกปกปิดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้ไม่ทราบว่าการทดลองเป็นกลุ่มไหน ป้องกันการลำเอียงของการประเมินแผลฝีเย็บ อาจทำให้เกิดความคาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดสามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้คลอดในการให้ความรู้แก่ผู้คลอดในระยะก่อนคลอด
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอดของมารดาหลังคลอดภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลแผลฝีเย็บหลังคลอด เพื่อประเมินว่ามารดาหลังคลอดสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่
3. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินทัศนคติในการดูแลแผลฝีเย็บให้ครอบคลุมมากขึ้นและปรับระยะเวลาในการประเมินทัศนคติหลังได้รับโปรแกรมเป็น 7-10 วันหลังคลอด

4. ควรฝึกปิดกลุ่มตัวอย่างกับผู้ช่วยวิจัย เพื่อป้องกันการลำเอียงของการประเมินแผลฝีเย็บอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย บุคลากรประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กระนวน และอาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนสามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Phakdee K, Poorimpatt U, Phichitra J, Suttipong C. Relation between the timing of birth and obstetric perineal wound infection. *J Nakornping Hosp* 2017;8(1):15–24.
- Nikolopoulos KI, Doumouchtsis SK. Healing Process and Complications. In: Doumouchtsis SK, editor. *Childbirth Trauma* [Internet]. London: Springer; 2017 [cited Apr 16, 2021]. :195–211. doi:10.1007/978-1-4471-6711-2_13.
- Shahrahmani H, Kariman N, Jannesari S, Rafieian-Kopaei M, Mirzaei M, Ghalandari S, et al. The effect of green tea ointment on episiotomy pain and wound healing in primiparous women: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Phytotherapy Res* 2018;32(3):522–30. doi:10.1002/ptr.5999.
- Jones K, Webb S, Manresa M, Hodgetts-Morton V, Morris RK. The incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019;240:1–8. doi:10.1016/j.ejogrb.2019.05.038.
- Nareelux S, Jintana T, Srikiat A. A study of the infection situation, preventive actions and infection control in hospital, Northeastern region. *J Health Nurs Educ* 2018;24(2):78–95.
- Singh S, Young A, McNaught CE. *The physiology of wound healing. Surgery (Oxford)*. 2017;35(9):473–7. doi:10.1016/j.mpsur.2017.06.004
- Natanong S. Deleopment of perineal wound care model to reduce perineal wound infection and perineal wound dehiscence in labor room departmenr Wanornniwat hospital. *Wanornniwat Hospital*; 2018:69–80.
- Quiroz LH, Shobeiri SA. Epidemiology of childbirth trauma and associated pelvic floor disorders. In: Doumouchtsis SK, editor. *Childbirth Trauma* [Internet]. London: Springer; 2017 [cited Jun 2, 2024]. p.31–41. doi:10.1007/978-1-4471-6711-2_3.
- Currer-Briggs. Care of the perineum after the birth of your baby [Internet]. 2017. [cited Apr 17, 2021]. Available from: <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/10929Pperineum.pdf>
- Queensland Clinical Guidelines. Guideline: Perineal care. Intellectual Property Officer; 2018.
- Obstetrics and Gynaecology Directorate Clinical Practice Guideline. Perineal care and repair: Protection, assessment and management [Internet]. Obstetrics and Gynaecology Directorate; 2020 [cited Dec 25, 2020]. Available from: <https://www.kemh.health.wa.gov.au/~media/HSPs/NMHS/Hospitals/WNHS/Documents/Clinical-guidelines/Obs-Gyn-Guidelines/Perineal-Care-And-Repair.pdf?thn=0>
- Somanusorn M, editors. *Obstetric Nursing Volume 2*. 15th ed. Nonthaburi: Academic Welfare Project, Boromarajonani College of Nursing; 2019.
- Rinthachai W, Akkanet K, Suebma N. Effect of Clinical Nursing Practice Guidelines on Knowledge and Episiotomy Infection among postpartum mothers at Kumpawapi Hospital. *J Res Health Inno Dev* 2024;5(1):456–69.
- Wattanaphanit C. The results of using electronic teaching media on the level of knowledge, behavior and rate of perineal wound infection in postpartum women at Phetchabun hospital. *Phetchabun Med J* 2021;1(1):59–66.
- O’Kelly SM, Moore ZE. Antenatal maternal education for improving postnatal perineal healing for women who have birthed in a hospital setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12(12):CD012258. doi: 10.1002/14651858.CD012258.pub2.

16. Ari E, Sotunsa J, Leslie T, Ari S, Kumzhi P. Impact of an educational intervention on postpartum perineal wound care among antenatal mothers in Jos: A quasi-experimental study. *Clin Pract* 2019;16(6):1409-22. doi:10.37532/fmcp.2019.16(6). 1409-1422
17. Ari Samuel E, John Obafemi S, Chigozie Nweke, I, Tabitha Amere L, Samuel Inuwa A, Patience Ringkat K. Effectiveness of an Educational Intervention on Knowledge of Postpartum Perineal Wound Care amongst Antenatal Mothers in Jos. *Med Clin Sci* 2021;3(2):1-13. doi:10.33425/2690-5191.1039
18. Elsayed Ahmed N, Mohamed N, Heiba M. Effect of antenatal educational package on primiparous women's knowledge and practices for prevention of selected aspects postpartum complications. *Zagazig Nursing J* 2023;19(1):45-65. doi:10.21608/znj.2023.275203
19. Norlina S. Knowledge and attitudes of postpartum mothers in caring for perineal wounds in the independent practice of the Endang Midwife T S.S.T. *Jurnal Eduhealth* 2023;14(2):861-5.
20. Nurmaliza L, Lubis RC, Muryani M. The relationship between knowledge and attitudes of postpartum mothers regarding vulva hygiene and prevention of perineal wound infections at the Sulastri clinic. *Int J Public Health Excell (IJPHE)* 2023;3(1):460-70. doi: 10.55299/ijphe.v3i1.744
21. Thitaree S, Siripattra J, Krissada M, Aekavute S, Kanlaya T. A postpartum women educational system on mobile device. *J Police Nurs Health Sci* 2019;11(2):474-82.
22. Rattana T, Somporn W. The relationship between adjustments to maternal role, sleep disturbance, social support, postpartum fatigue and stress in advanced maternal age. *J Nurs Sci Health* 2017;40(3):12-23.
23. Statistics on infection surveillance at Kranuan Crown Prince Hospital Khon Kaen Province, 2022.
24. Saksri Y. Relationship between knowledge, attitude and pratice towards prevention of surgical site infection during intraoperative period among perioperative nurses [Internet] [Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)]. [Thai]: Prince of Songkla University; 2017. [cited 2024 Aug. 30]. Available from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/12524/1/425749.pdf>
25. Janmanee T, Yusamran C, Ratinthorn A, Phahuwatanakorn W. Effects of cooling and heat application on perineal inflammation and pain in postpartum mothers. *Nurs Sci JThailand* 2014;32(4):25-34.
26. Wigati PW, Sari DK. The effect of egg white consumption on the healing process of perineum wounds. *STRADA J Ilmiah Kesehatan* 2020;9(2): 1285-90. doi:10.30994/sjik.v9i2.458
27. Threenush K, Sommaphat S. Factors related to acceptance about perineal massage among pregnant women [Master Degree of Nursing Science in Midwifery]. Khon Kean: Khon Kean University; 2014.
28. Abed H, Mohamed EA, Nahed, El-Nagger N. Effect of Self Perineal Care Instructions on Episiotomy Pain and Wound Healing of Postpartum Women. *J am Sci* 2012;88:640-50.
29. Gustirini R, Pratama R, Maya R, Mardalena. The effectiveness of kegel exercise for the acceleration of perineum wound healing on postpartum women. In: *Proceedings of the 1st International Conference on Science, Health, Economics, Education and Technology (ICoSHEET 2019)* [Internet]. Semarang, Central Java, Indonesia: Atlantis Press; 2020 [cited 2021 Apr 14]. doi:10.2991/ahsr.k.200723.101.
30. Khusniyati E, Purwati H. Influence of kegel exercises on duration of healing perineal to women pospartum. 2018;12(2):7. doi:10.29238/kia.v12i2.147.

31. Franz MG. Wound Healing. In: Doherty GM, editor. Current Diagnosis & Treatment: Surgery [Internet]. 15th ed. New York, NY: McGraw Hill LLC; 2020 [cited Jul 2,2021]. Available from: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1171273991
32. Wang PH, Huang BS, Horng HC, Yeh CC, Chen YJ. Wound healing. J Chin Med Assoc 2018;81(2):94–101. doi:10.1016/j.jcma.2017.11.002.

SMJ